

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 21

LE
KYTE DERMOÏDE DE L'ORBITE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 9 décembre 1931

PAR

Charles-Gustave-Robert VESNAT

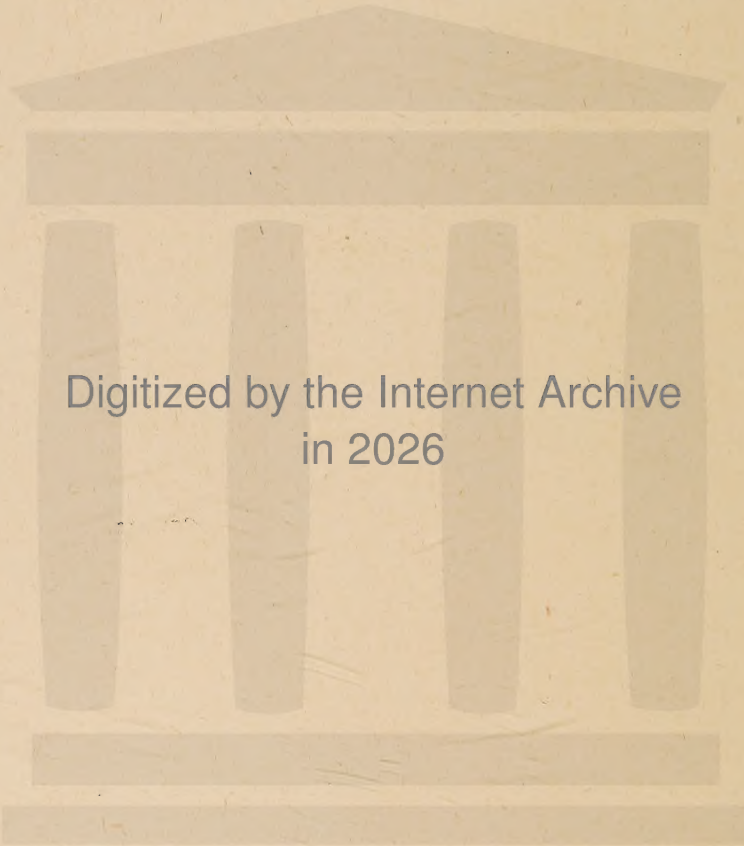
ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à ROUBAIX (Nord), le 2 mars 1905.

Examineurs de la Thèse	{	MM. TEULIÈRES, professeur.....	Président.
		BÉGOUIN, professeur.....	Juges.
		MURATET, professeur.....	
		BEAUVIEUX, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 21

LE
Kyste dermoïde de l'orbite

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 9 décembre 1931

PAR

Charles-Gustave-Robert VESNAT

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à ROUBAIX (Nord), le 2 mars 1905.

Examineurs de la Thèse	{	MM. TEULIÈRES, professeur.....	Président.
		BÉGOVIN, professeur.....	{ Juges.
		MURAIET, professeur.....	
		BEAUVIEUX, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSEON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, LE DANTEC, DENIGÈS, AUCHÉ.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZES.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BELLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	DUFOUR.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	GREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	AUBERTIN.	id.....	RIVIÈRE.
id.....	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALLÉ.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac..	GOLSE.
Accouchements.....	RIVIÈRE.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....	CABANNES.		

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MA GRAND'MÈRE

IN MEMORIAM

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Je dédie ce travail, faible témoignage
de mon profond amour filial et de ma
reconnaissance infinie pour leur affec-
tion, leur dévouement, leurs sacrifices.

A MA FEMME

Avec toute ma tendresse.

A MON FILS

A MES BEAUX-PARENTS

En remerciement de toutes leurs bon-
tés pour moi.

A MA SŒUR

AU DOCTEUR RENÉ LANORE

AU CAPITAINE AU LONG COURS ROBERT VICTOR

A MA BELLE-SŒUR

A MA MARRAINE

Dont toute la vie ne fut pour moi que
bonté.

A TOUS MES PARENTS

AU DOCTEUR JACQUES DEJEAN,

Distingué vénéréologiste.

Pour le remercier de m'avoir accordé
sa confiance et sa solide amitié.

A MON VIEIL AMI ELIE BERTHET

Témoignage d'une fidèle affection née
sur les rudes bancs du Lycée.

A MES CAMARADES DE L'ECOLE
QUI DEVINRENT POUR MOI DES AMIS :

MESSIEURS YVES AUREGAN, MARCEL BLANCHET,
PIERRE DELAGE, PIERRE MARLETTE, FRÉDÉRIC MARTINAUD

En souvenir de quatre années d'études
et de joies souvent communes.

A TOUS MES AMIS

A MES CAMARADES
DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTE
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de santé
de la Marine et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF MIRGUET

*Sous-Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier d'Académie.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. BEAUVIEUX

*Ophthalmologiste des Hôpitaux,
Officier d'Académie.*

Ses conseils éclairés et son amabilité
à notre égard nous ont grandement aidé
dans la réalisation de ce travail.

Nous l'assurons de notre entière
reconnaissance et de notre profonde gra-
titude.

A MES MAITRES DES HOPITAUX ET DE LA FACULTE
DE MEDECINE DE BORDEAUX

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. TEULIERES

*Professeur de Clinique ophtalmologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Qui nous fait aujourd'hui le très grand honneur de présider notre thèse. Qu'il nous soit permis de lui exprimer ici nos remerciements sincères et notre respectueuse reconnaissance.

AVANT-PROPOS

Au moment d'écrire cette page, nous avons hésité quelque peu. Nous nous sommes demandé si c'était seulement le respect de la tradition qui nous poussait à le faire, ou la simple satisfaction, un peu vaine, de voir sa prose, même mauvaise, imprimée.

Quoi qu'il en soit, nous prenons l'excuse de la tradition, car elle a le don de nous permettre d'adresser aujourd'hui à ceux qui y ont droit des remerciements que nous n'oserions peut-être pas énoncer de vive voix.

Que M. le Professeur Petges, dont nous avons toujours tant apprécié le grand savoir allié à une si paternelle bienveillance, veuille bien trouver ici l'expression de nos sentiments très respectueux.

Nous dirons à M. le Professeur Mauriac toute notre gratitude pour l'intérêt dont il nous fit preuve pendant notre trop court séjour dans son remarquable service et aussi combien nous nous félicitons de ce que des événements encore récents et doublement heureux nous aient permis de le mieux connaître.

A M. le Professeur agrégé Faugère iront les remerciements de l'élève et la reconnaissance du père... en attendant celle d'un petit garçon, encore trop jeune pour l'exprimer lui-même en langage compréhensible.

M. le Professeur Teulière, après nous avoir fait bénéficier de la grande clarté de son enseignement clinique, a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nous lui renouvelons

tous nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous fait et nous l'assurons de notre respectueux attachement.

Nous garderons toujours le meilleur souvenir du Docteur Viaud, ancien chef de clinique ophtalmologique; nous l'avons connu alors que nous faisions à l'Hôpital Saint-André notre premier stage de chirurgie. Il n'a cessé, depuis cette époque, de nous manifester son aimable sympathie et, inlassablement, il nous a fait profiter, pour notre travail, de ses précieux conseils et de ses encouragements. Notre reconnaissance lui est acquise.

Enfin nous n'aurions garde d'oublier de remercier le Docteur Doucet, chef de clinique ophtalmologique, pour sa façon souriante et si personnelle d'encourager et de conseiller.

Au moment où vont se terminer nos études médicales à la Faculté, nous allons cesser d'appartenir à l'Ecole principale du Service de santé de la Marine et des Troupes coloniales. Nous n'avons gardé le souvenir que des bons moments que nous y avons passés, aussi n'est-ce pas sans un léger regret que nous la quitterons. Nous y avons trouvé beaucoup de bons camarades, et quelques-uns sont devenus nos amis. Ne serait-ce que pour ce résultat, nous serons toujours heureux d'avoir été « navalais ».

LE

KYSTE DERMOÏDE DE L'ORBITE

INTRODUCTION

Dans le courant de l'année universitaire 1930-1931, nous fréquentions volontiers, bien que notre stage y fût depuis longtemps terminé, la Clinique ophtalmologique de l'Hôpital Saint-André, attiré par l'ophtalmologie à laquelle nous nous intéressions et retenu par l'accueil si bienveillant que nous réservait M. le Professeur Teulières.

Ce dernier nous fit part, un jour, vers la fin de décembre, d'un cas clinique curieux qu'il venait d'observer chez un malade de sa clientèle privée et de l'opération qu'il avait été amené à pratiquer. Il s'agissait d'un kyste dermoïde de l'orbite dont une dépendance avait envahi le sinus frontal.

M. le Professeur Teulières nous montra l'intérêt qu'il pourrait y avoir à reprendre à cette occasion la question des kystes dermoïdes intraorbitaires et à rechercher dans la littérature médicale si l'on retrouvait d'autres cas de cette disposition singulière.

Il voulut bien nous confier son observation et nous entreprîmes le travail qui fait aujourd'hui l'objet de notre thèse inaugurale.

Nous avons systématiquement écarté, dans cette étude, les kystes périorbitaires et de la queue du sourcil dont la fréquence, la bénignité, tant histologique qu'opératoire, restreignent considérablement l'intérêt, pour nous consacrer uniquement aux kystes de l'intérieur de la cavité orbitaire et à leurs variétés.

Le plan que nous avons adopté est le suivant :

CHAPITRE I. — *Historique.*

CHAPITRE II. — *Observations.*

CHAPITRE III. — *Anatomie pathologique.*

CHAPITRE IV. — *Pathogénie.*

CHAPITRE V. — *Symptomatologie.*

CHAPITRE VI. — *Diagnostic.*

CHAPITRE VII. — *Pronostic et traitement.*

CONCLUSIONS.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Bien que le kyste dermoïde soit une affection qui dut exister de tout temps, ce n'est guère que vers le milieu du xviii^e siècle que nous pouvons trouver avec quelque certitude des observations qui s'y rattachent.

C'est, en effet, en 1640 que Pierre de Marchetis, professeur à Padoue, rapporte dans son observation XXI un cas de mélicéris du grand angle de l'œil qui fut enlevé avec son follicule. Tout porte à croire que c'était un kyste dermoïde orbitaire.

Saint-Yves, en 1722, puis Maître-Jean en 1740, dans leurs *Traité des maladies des yeux*, mentionnent ces « tumeurs singulières ».

Après eux, plusieurs auteurs : Demours, Rosas, Junken, Demarquay, étudient cette affection, mais n'y apportent pas grand'chose de nouveau.

Il faut arriver à Cruveilhier et à Lawrence, en 1838, pour avoir des descriptions un peu plus nettes. Ce dernier auteur donne, le premier, le conseil toujours valable de faire l'ablation complète du sac, lors de l'extirpation de la tumeur, si l'on ne veut craindre d'avoir fait une opération inutile.

Walther, vers la même époque, croit que, le plus souvent, les kystes de l'orbite viennent des paupières et que leur accroissement se fait en profondeur. Il admet cependant, dans quelques cas, un développement primitif dans la cavité orbitaire elle-même.

En 1852, en Lebert, nous trouvons l'auteur à qui l'on a coutume d'attribuer la paternité de l'appellation de « kyste

dermoïde »; cependant, en 1831, Leblanc avait déjà décrit sous le même nom de kyste dermoïde, un kyste pilifère intracranien trouvé chez un cheval. Lebert, par ses travaux, fit entrer le mot dans le langage courant et il eut le mérite de démontrer que la paroi du kyste n'était autre chose que de la peau. Il est regrettable que de ses études anatomiques remarquables, il ait tiré une théorie pathogénique inexacte : celle de l'hétérotopie plastique que nous rappellerons plus loin (chap. IV).

Puis paraissent de nombreux travaux qui traitent surtout de la pathogénie des kystes dermoïdes. Virchow (1866), Lücke (1869), Spencer-Watson (1872), y travaillèrent.

Mikulicz, en 1876, dans son ouvrage sur *La genèse des dermoïdes de la tête*, indique les trois modes principaux de production de ces tumeurs. Cette théorie avait d'ailleurs été déjà émise par Verneuil qui, dès 1853, écrivait que ces kystes devaient tenir « à une anomalie dans la réunion et la fusion de quelques parties du tégument, primitivement séparées par des fissures ».

De même, en 1869, Régnier écrivait : « ... Mais que, par suite d'une cause inconnue, il survienne un trouble dans l'évolution embryonnaire de ces parties; que la fusion, au lieu de se faire jusqu'au fond de la scissure, ne se fasse seulement que sur ses bords, on comprend qu'il en résultera la formation d'une petite poche cutanée dont les deux parois resteront indépendantes l'une de l'autre, et dont le développement se fera parallèlement à celui du tégument externe. Au fur et à mesure que la peau se constituera avec tous ses éléments caractéristiques, ce petit sac de peau anormalement emprisonné, clos de toutes parts, subira la même loi et présentera les mêmes éléments. Et de plus, comme il présente les mêmes éléments anatomiques que la peau, il présentera les mêmes conditions physiologiques. La peau sécrète des poils, de la matière sébacée, de la sueur, des cellules épidermiques; le kyste sécrètera les mêmes produits tégumentaires. »

En 1877, Cusset, dans sa thèse inaugurale, étudie le développement de l'appareil branchial chez les vertèbres. A la suite de ce remarquable travail, il montre comment l'embryologie explique la formation des fistules branchiales, des kystes branchiaux et des kystes dermoïdes.

De 1878 à 1883, nous trouvons plusieurs mémoires publiés sur ce sujet et en particulier celui du Professeur Demons, chirurgien de l'Hôpital Saint-André, à Bordeaux. Ce dernier mémoire est rapporté à l'Académie de médecine par Panas. Nous y trouvons deux observations de kystes dermoïdes dont un à contenu huileux. Ce contenu a été analysé chimiquement par M. Carles, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux. Panas, après Lannelongue et Le Dentu, se rattache à l'opinion que ce liquide spécial ne serait qu'une modification de la matière sébacée contenue dans certains kystes dermoïdes.

En 1883, Broca et Vassaux, élèves de Panas, font une étude complète de ces kystes huileux.

Dans les années suivantes, parut un certain nombre d'observations; nous citerons les premiers cas publiés de kystes dermoïdes biloculaires : un kyste fronto-orbitaire par de Lapersonne en 1893, puis une variété cranio-orbitaire par Chevallereau et Béal en 1896.

En 1901, trouve place une intéressante observation de kyste dermoïde à contenu huileux, due au Professeur Chavasse (du Val-de-Grâce).

Entre temps, étaient parus plusieurs traités touchant de plus ou moins près l'étude des kystes dermoïdes orbitaires. Signalons, en France, ceux de Lannelongue et Achard, Lannelongue et Ménard, Panas, etc.

En 1904, est édité le remarquable *Traité des tumeurs de l'œil et de l'orbite*, du professeur Lagrange, de Bordeaux. Cet ouvrage rassemble tous les faits épars et met au point la question qui nous intéresse aujourd'hui.

Puis les observations se multiplient, venant un peu de tous les pays. De 1904 à 1917, paraissent celles de Pollock, Jocqs,

Casali, Barrière, Franklin, Ahlström, Dodds, Parker, Posey.

En 1917, Axenfeld nous apporte le premier cas d'une troisième variété de kystes biloculaires : l'orbito-temporal.

De 1918 à 1923, paraissent plusieurs nouvelles observations; à côté de celles de Raueiser, Stieren, Miller, Cange et Argaud, Cucco, Sobhy-Bey et Halim-Abu-Seif, mentionnons le cas intéressant observé par M. le Professeur agrégé Beauvieux.

En 1924, dans une très belle étude publiée dans les *Archives d'ophtalmologie*, le professeur Cange, d'Alger, fait une « mise en ordre » des éléments de la question des kystes dermoïdes de l'orbite.

Enfin, après les observations de Buchanan (1925) et de Perwög (1930), nous arrivons à celle de MM. les Professeurs Portmann et Teulières, de février 1931, qui a été publiée sous le titre de « kyste sébacé », mais est, plus exactement, un kyste dermoïde intrasinuso-orbitaire à contenu sébacé.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

• Nous avons réuni une dizaine d'observations en n'attachant qu'une importance secondaire à la date de leur publication. Quelques-unes seulement sont récentes. Mais nous les avons choisies de telle sorte que soient représentées, dans les huit premières, toutes les variétés de kystes dermoïdes intra-orbitaires et biloculaires actuellement connues.

La neuvième, originale, nous montrera un kyste sinuso-orbitaire.

La dernière, enfin, tire son intérêt du contenu huileux de la tumeur.

OBSERVATION I.

(CANGE, *Formes cliniques des kystes dermoïdes de l'orbite.*)

Kyste dermoïde de la région supéro-externe de l'orbite.

L..., 36 ans, entre salle Daviel le 21 juin 1904.

L'affection dont elle est atteinte s'est manifestée vers l'âge de 12 ans par une tuméfaction occupant l'angle supéro-externe de l'orbite, et dont le relief s'est progressivement accru. Lors du premier examen, la malade présentait un volumineux kyste dermoïde de l'orbite droite caractérisé par une tumeur dépassant le volume d'une grosse noix, arrondie, fluctuante, repoussant fortement en haut l'arcade orbitaire et refoulant le bulbe en bas et en dedans. La ponction exploratrice donna une petite quantité de liquide blanchâtre, presque transparent. Absence de diplopie. Vision conservée;

fond d'œil normal, pas de stase papillaire. Le globe oculaire paraissait aplati dans la zone où il entraînait en contact avec la tumeur; déformation conique de la cornée.

La malade a refusé toute intervention.

Elle fut revue dix-neuf ans plus tard, en mai 1923; elle était alors dans un état de cachexie tuberculeuse avancée, et sa profonde déchéance ne permit pas une investigation approfondie. La tumeur orbitaire avait progressé : elle présentait le volume d'un gros œuf de poule; en haut, elle empiétait sur la région frontale, exhaussant le sourcil; inférieurement, elle repoussait le globe directement en bas et en avant; profondément, la collection plongeait dans l'orbite, et il était impossible d'en percevoir les limites. La mobilité oculaire était entravée dans toutes les directions, mais surtout dans les mouvements d'élévation. La cornée était grisâtre et infiltrée dans sa totalité; elle présentait, en outre, ainsi que la conjonctive bulbaire, un état xérotique prononcé.

Au niveau de la paroi supérieure, on trouvait une encoche osseuse. L'arcade orbitaire montrait, en effet, une échancrure manifeste, qui, commençant en dehors au niveau de l'apophyse externe du frontal, se terminait à la jonction de ses deux tiers externes avec son tiers interne, après avoir décrit une courbe régulière dont la flèche mesurait 1 cm. 5 environ. La palpation donnait au doigt la sensation d'une légère collerette périostique ourlant toute l'étendue de son pourtour.

Absence de contrôle radiographique.

OBSERVATION II.

(LAGRANGE, *Traité des tumeurs de l'œil et de l'orbite.*)

Kyste dermoïde de la région supéro-externe de l'orbite.

Un enfant de 6 mois nous est apporté à l'Hôpital des Enfants le 10 avril 1902 pour une petite tumeur occupant la partie externe et supérieure de l'orbite, c'est-à-dire la région de la glande lacrymale.

Les parents ont remarqué cette petite saillie quelques jours après

la naissance, et, depuis cette époque, ont pu noter son long accroissement.

L'examen de ce petit malade nous fait constater qu'il est parfaitement constitué, sans aucun désordre congénital; il est robuste et paraît ne souffrir en rien de l'affection pour laquelle on l'amène à l'hôpital.

La palpation nous permet de reconnaître que la peau est mobile à la surface de la tumeur, sans aucune adhérence avec elle; il est facile, par la pression, de réduire cette tumeur dans l'orbite, d'où elle sort spontanément quand on cesse de peser sur elle. Les cris de l'enfant en augmentent la saillie, mais, pendant les cris, la peau qui la recouvre conserve sa couleur et toutes ses apparences normales.

Lorsque l'enfant regarde en bas, la saillie du néoplasme est très peu accusée, si bien qu'à certains moments il semble que cette tumeur a disparu, particulièrement lorsque l'enfant est couché; à ce moment, en effet, dans le regard en bas, l'espace qui sépare le globe de l'œil de la paroi supérieure de l'orbite augmente, et la pesanteur du petit néoplasme suffit à l'enfoncer dans la cavité orbitaire assez profondément pour qu'il ne soulève plus la peau de la paupière.

Mais il suffit que l'enfant regarde en haut pour qu'on voie immédiatement la tumeur se porter en avant; elle est alors très apparente.

Cela tient évidemment à ce que l'œil, en se portant en haut, vient comprimer le néoplasme et le repousser en avant.

Le diagnostic de tumeur dermoïde de l'orbite s'impose sans qu'il y ait lieu de s'arrêter longuement au diagnostic différentiel; l'opération, faite le 15 avril, démontra son exactitude; il fut facile d'extraire le néoplasme représenté sur la figure 5, et au cours de l'opération nous nous rendîmes compte, non seulement de la forme et du volume de cette tumeur, mais encore de ses rapports avec le squelette.

Ainsi que cela est constant dans les tumeurs dermoïdes, celle-ci adhérerait au squelette par un pédicule contenant les vaisseaux nourriciers. Ce pédicule est relativement étroit, mais il est très évident,

et ce n'est qu'après l'avoir sectionné que nous pouvons extraire en totalité cette tumeur orbitaire, petite en elle-même, mais vraiment assez grosse comparativement à l'âge de l'enfant.

L'examen histologique a fait voir la structure typique des tumeurs dermoïdes.

OBSERVATION III.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé BEAUVIEUX.)

Kyste dermoïde de la région inféro-externe de l'orbite.

Mme B..., 63 ans, de Saint-A..., est venue me consulter, le 23 octobre 1921, pour une grosseur au niveau de l'angle inféro-externe de l'orbite droite. Depuis environ trois mois, elle avait remarqué un léger soulèvement des téguments, qui s'était accentué lentement dans les derniers temps. Jamais auparavant, ni dans sa jeunesse, ni à l'âge adulte, elle n'avait remarqué le moindre trouble. Il y a un mois, des douleurs lourdes, peu violentes, accompagnaient l'accroissement de la tumeur, s'irradiant dans le fond de l'orbite, dans le front et dans la joue du même côté.

Je constate, en effet, au-dessus du rebord orbitaire inférieur droit, contre l'angle externe, un soulèvement de la peau, à peine marqué, arrondi, sans trace d'inflammation des téguments sous-jacents. A la palpation, ce soulèvement semble provoqué par une tumeur nettement rénitente, molle, non fluctuante, du volume d'un œuf de pigeon à une petite châtaigne. A son niveau, la peau de la paupière inférieure n'est pas adhérente au plan profond. Cette tumeur siège, sans aucun doute, dans l'orbite, encastrée pour ainsi dire dans l'angle formé par les parois externe et inférieure, accolée contre la paroi externe. Peu mobile, elle paraît faire corps avec le plan osseux externe; tandis que le doigt en délimite avec aisance les contours superficiels, on se rend compte qu'elle s'enfonce profondément dans la cavité orbitaire, où il est impossible de la poursuivre. Les manœuvres d'exploration sont du reste quelque peu douloureuses et rendent l'examen difficile. L'œil droit n'est pas déplacé : ni exophtalmie, ni parésie des muscles par compression

ou déviation, aucune gêne dans la vision binoculaire. Fond d'œil intact; rien du côté de la papille; acuité égale à l'unité.

La radiographie et la radioscopie n'ont apporté aucune lumière sur le volume et la profondeur atteinte dans l'orbite par la néoformation.

Aucun antécédent morbide n'est à retenir dans l'histoire de cette malade, ni de son côté, ni du côté de ses ascendants. Santé parfaite. Analyse d'urine et réaction de B.-W. négative.

Le diagnostic porté fut celui de kyste dermoïde orbitaire. Je le pensai relativement superficiel, adhérent à la face interne de l'os malaire, en somme un kyste dermoïde à insertion basse par rapport au siège le plus fréquent, qui est la queue du sourcil. L'opération devait me révéler que, s'il s'agissait bien d'une production dermoïde de l'orbite, en revanche cette tumeur occupait une étendue en profondeur, insoupçonnée.

L'intervention, acceptée, a été faite le 2 novembre 1921, sous anesthésie régionale à la syncaïne-adréraline. Longue incision parallèle au rebord orbitaire inférieur. Après dissection des plans superficiels, je mets à découvert la poche, blanchâtre, facile à isoler en haut et en bas. En dehors, l'adhérence au périoste est intime; en dedans, la paroi kystique se confond avec le contenu orbitaire, et sa dissection est pénible. Je réussis néanmoins à la cliver sur une étendue de 1 centimètre environ. A ce moment, la poche se rompt, et un magma crémeux, blanc grisâtre, avec quelques poils et quelques grumeaux purulents, s'en écoule. C'est donc bien le contenu classique de cette variété de kystes dermoïdes, mais en menace d'infection secondaire. Je procède à l'évidement du contenu kystique, et c'est alors qu'avec la curette, je m'aperçois que la cavité s'enfonce très loin dans l'orbite, le long de la paroi osseuse, vers le plancher orbitaire. Je sors environ un verre à liqueur de matière grumeleuse, caséeuse. La toilette du champ opératoire terminée, après réclinaison des lèvres de la plaie, je puis explorer l'étendue de la poche. Elle occupe la partie inféro-interne de l'os malaire, le bord inférieur reposant sur le plancher. Elle est aplatie contre la face latérale osseuse par le contenu orbitaire. Son extrémité postérieure va jusqu'à la fente sphéno-maxillaire, où la sonde

cannelée rencontre la résistance de l'enveloppe. Les dimensions antéro-postérieures sont de 7 à 8 centimètres, sur 1 centimètre en hauteur et 0 cm. 5 en largeur.

Me souvenant de l'indication formelle de l'ablation intégrale de la poche dans les cas analogues si l'on veut éviter la récurrence, j'essayai à nouveau la dissection. Il me fut impossible de détacher la paroi interne, très mince, intimement soudée au contenu orbitaire. Il m'eût fallu ouvrir largement la loge ténionienne, mettre à découvert muscles et graisse, et, en présence de l'inflammation débutante du contenu kystique, j'hésitai par crainte d'une infection postopératoire de l'entonnoir musculaire, dont les conséquences auraient pu être bien plus sérieuses que la présence du kyste. Je me contentai donc d'extirper toute la portion antérieure de la poche, ainsi que la paroi externe, périostée. Curettage soigneux des parois restantes pour favoriser la coaptation ultérieure; lavages à l'eau oxygénée et drainage avec un drain en caoutchouc. Quelques points de suture suffisent à affronter les téguments.

Du 3 au 18 novembre, suites opératoires normales; aucun phénomène réactionnel, ni au niveau de la plaie, ni au niveau de l'orbite. Il sort par le drain des grumeaux caséux qui souillent le pansement, ainsi que quelques grumeaux purulents.

19 novembre : La malade a passé une mauvaise nuit : douleurs vives orbitaires et périorbitaires; température, 38°2; pouls à 100. Le pansement est sali par une sécrétion purulente assez abondante. Œdème des paupières, chémosis séreux conjonctival, légère exophthalmie; en somme, symptômes d'une cellulite orbitaire au début par infection de voisinage. Je me félicite de n'avoir pas ouvert la loge orbitaire : le phlegmon eût été inévitable.

Ouverture large de la poche, lavages à la seringue de Roux à l'oxycyanure et à l'eau oxygénée; drainage copieux, pansement humide. Injection de 1 cc. de lipovaccin sous la peau de l'abdomen.

Transpiration abondante dans la soirée. Mais les douleurs se calment, la température tombe à 37° 2.

21 novembre : Nuit excellente. Plus de douleurs. Température, 37°2. Pouls, 104. Même état de la plaie, qui suppure. Les symptômes d'inflammation orbitaire sont stationnaires.

22 novembre : Nouvelle injection de lipovaccin suivie de la même transpiration profuse.

23 novembre : Plus d'œdème palpébral ni de chémosis; l'exophtalmie est à peine appréciable. Aucune lésion du fond de l'œil. Température, 36°8. Pouls, 80. Suppuration bien moins abondante.

Du 24 au 28 novembre, date à laquelle la malade quitte la maison de santé, les phénomènes inflammatoires disparaissent peu à peu. Je continue le large drainage de la poche kystique et les lavages à l'eau oxygénée. La suppuration est d'ailleurs peu marquée. Le drain, raccourci, est maintenu à 1 centimètre de profondeur environ.

8 décembre : Je revois la malade. La cavité se comble lentement. Une gouttelette de pus le matin au réveil. Sous la surveillance d'un de mes confrères, les lavages sont continués, le drainage maintenu.

27 décembre : La plaie s'est fermée; il existe une petite cicatrice infundibuliforme.

2 janvier : Il a été nécessaire de pratiquer une réouverture à la sonde cannelée à cause d'une légère rétention purulente. On continue les lavages antiseptiques.

3 février : Guérison complète.

OBSERVATION IV.

(LAGRANGE, *Traité des tumeurs de l'œil et de l'orbite.*)

Kyste dermoïde de la région inférieure de l'orbite.

Mlle T..., de Targon, âgée de 8 ans, vient nous consulter le 28 octobre 1892. Cette fillette, d'aspect très vigoureux, n'a fait aucune maladie, et ses antécédents héréditaires sont parfaits. Le père et la mère, qui nous la conduisent, sont d'une santé très robuste; ils n'ont que cette enfant. Sa naissance a d'ailleurs été des plus régulières, et pendant sa grossesse la mère n'a présenté rien d'anormal.

Pendant la première enfance, les parents n'ont rien remarqué de particulier; c'est à l'âge de 4 ans seulement qu'ils ont constaté une

petite saillie située au-dessous de l'œil gauche. Ils attribuaient, d'une façon d'ailleurs erronée, l'apparition de cette saillie à une chute faite par l'enfant quelques jours avant.

Depuis l'âge de 4 ans, la grosseur s'est affirmée de plus en plus sous la paupière inférieure, sans douleurs, sans inflammation d'aucune sorte; depuis six mois, la vue de ce côté a diminué, et les parents se décident à consulter un médecin, parce qu'ils sont effrayés, d'une part, des progrès lents, mais incessants, de l'affection et, d'autre part, des troubles fonctionnels de l'œil gauche.

L'examen, pratiqué le 26 octobre 1892, révèle l'état suivant :

La paupière inférieure est soulevée par une saillie arrondie, égale, grosse comme une amande; la peau est très mobile à la surface de la tumeur. Celle-ci est consistante, demi-molle au toucher; la pression l'enfonce profondément dans l'orbite au-dessous de l'œil, qui, au même moment, fait exophtalmie; il n'y a pas de vascularisation anormale, ni à la surface de la peau, ni sur la conjonctive. Pas de battements, pas de souffle, pas de chaleur exagérée au niveau de la tumeur.

Il est possible de saisir cette production morbide entre les doigts et de l'attirer sous la peau, comme il est facile de l'enfoncer dans les profondeurs de l'orbite. Elle est, en somme, très mobile dans le tissu cellulaire qui l'environne et ne paraît avoir aucune attache. Ovoïde, elle est allongée dans le sens antéro-postérieur, et, comme il est impossible d'explorer son extrémité profonde ou orbitaire, nous sommes conduit à admettre que là est son pédicule.

L'œil, pourvu d'une musculature régulière, est bien à sa place, et nous n'y rencontrons d'autres désordres qu'une diminution de l'acuité, tombée à $1/4$ sous l'influence d'un astigmatisme de 2 D 50 régulier et conforme à la règle; ce vice de réfraction est très certainement dû, et c'est là l'une des particularités curieuses de l'observation, à la compression de la tumeur sur le globe de l'œil.

Le fond de l'œil est normal et la correction de l'astigmatisme par un verre cylindrique rétablit l'acuité à 1.

En présence d'une pareille affection, nous ne pouvons nous arrêter qu'à l'hypothèse d'une tumeur bénigne à évolution lente et régulière, et l'hypothèse d'un kyste dermoïde est évidemment celle qui

explique le mieux les phénomènes cliniques dont nous venons de parler.

Il ne s'agit pas d'une tumeur de la paupière, ni d'une tumeur de la conjonctive, car l'affection est tout à fait indépendante de ces voiles membraneux; il s'agit d'une tumeur orbitaire développée entre le plancher de l'orbite et l'œil.

Contre l'hypothèse du kyste séreux s'élèvent la consistance ferme, l'absence de fluctuation et le siège du néoplasme; contre celle d'un angiome, on doit invoquer la couleur de la peau et de la conjonctive, l'absence de vascularisation et l'irréductibilité par la pression. La tumeur de la malade s'enfonce dans l'orbite, mais ne se réduit pas, phénomène dont il est d'autant plus facile de se rendre compte que la tumeur, attirée en avant, peut être aisément prise entre les doigts; contre l'hypothèse, enfin, de kyste sébacé plaident l'absence d'adhérence à la peau, la profondeur originelle de la tumeur, son volume et l'épaisseur de la poche.

Pour toutes ces raisons, ne tenant pas compte de l'origine traumatique, sur laquelle insistent les parents, nous nous arrêtons au diagnostic de kyste dermoïde de l'orbite, et, aidé par M. le Docteur Piéchaud, nous pratiquons l'ablation de ce néoplasme le 30 octobre 1892.

L'opération fut très simple : elle consista dans une large incision de la paupière faite parallèlement et un peu au-dessus du rebord inférieur de l'orbite; la peau, le muscle orbiculaire et le tissu conjonctif sont incisés jusqu'à la tumeur, qu'on peut, avec les doigts, faire saillir vers l'ouverture; la sonde cannelée l'isole aisément, et nous pouvons, sans l'ouvrir, l'attirer tout entière au dehors; un coup de ciseaux en détache le pédicule nourricier à son extrémité postérieure. Au cours de l'opération, qui a donné lieu à une hémorragie insignifiante, nous remarquons le muscle petit oblique au-dessous de la tumeur, placée, par conséquent, entre celui-ci et le globe de l'œil.

Après un lavage bien minutieux à l'eau stérilisée et l'insufflation dans la cavité opératoire d'un peu de poudre d'iodoforme, nous faisons une suture exacte des lèvres de la plaie, sans drainage. La guérison a lieu par première intention, et, huit jours après, la

malade, guérie, quitte la maison de santé. Nous l'avons revue depuis, elle est complètement et définitivement guérie; l'œil a repris sa forme normale; *l'astigmatisme cornéen a disparu*. Dans un dernier examen, très récent, nous avons constaté le maintien de la guérison.

Examen anatomique. — L'examen macroscopique et microscopique de la pièce a montré l'exactitude du diagnostic; le contenu est celui des kystes dermoïdes : éléments sébacés, graisse et poils en très grand nombre; la paroi, épaisse, est formée par deux feuillets : un épithélium pavimenteux de revêtement, extrêmement net, et un chorion constitué par du tissu cellulaire feutré, assez épais, dans lequel nous trouvons des glandes sébacées en assez grand nombre; nous n'avons pas rencontré de follicules pileux sur nos coupes, ni de glandes sudoripares; ces dermoïdes sont rares dans la paroi des kystes dermoïdes, mais les poils y sont, en général, faciles à rencontrer. En multipliant nos préparations, nous aurions sans doute rencontré des follicules pileux, mais il était bien inutile de poursuivre un examen qui ne pouvait nous conduire qu'à des constatations classiques faites par maints auteurs.

L'examen histologique, outre les caractères certains de kyste dermoïde, a montré qu'il s'agissait d'un kyste jeune, en voie d'évolution, n'ayant encore subi aucune des altérations pathologiques que la poche présente quelquefois.

OBSERVATION V.

(LAGRANGE, *Traité des tumeurs de l'œil et de l'orbite.*)

Kyste dermoïde de la région interne de l'orbite.

M... (J.-M.), 59 ans, rouleur, se présente à l'Hôpital Saint-André de Bordeaux, dans le Service de la clinique ophtalmologique, le 24 octobre 1898.

Ses antécédents héréditaires ne nous apprennent rien d'intéressant; ses parents sont morts âgés, après avoir eu une nombreuse famille, dans laquelle nous ne relevons aucune tare congénitale.

Pas de consanguinité. Cet homme est père de quatre enfants, tous vigoureux; il ne présente aucune diathèse, et la seule affection générale dont il ait été atteint est la variole, qu'il a eue en 1870.

Pendant sa seconde enfance, à 10 ans environ, Jean-Marie M... a remarqué une petite tumeur, de la grosseur d'un pois, à l'origine du sourcil droit. Cette tumeur, de consistance un peu molle, n'était pas sensible à la pression et ne gênait en rien le sujet; elle était mobile, s'enfonçait dans l'orbite quand on la comprimait, puis reparaisait à la surface, derrière la paupière, quand on cessait la compression. Son volume était celui d'une petite amande; elle resta stationnaire jusqu'au commencement de septembre 1891.

A cette époque, sans traumatisme, sans cause connue, la tumeur commença à augmenter de volume, devint douloureuse, s'étala dans la région interne de la base de l'orbite. Les mouvements de la paupière furent bientôt très incomplets, et les douleurs, au début modérées, s'accrurent assez vite, au point de devenir difficiles à supporter, et c'est pour se faire débarrasser de cette affection douloureuse que le malade vient réclamer nos soins.

Ce jour-là, la tumeur remplit complètement la région de l'angle interne, dont elle soulève la peau. Cette peau n'est pas œdématisée, n'adhère pas à la masse morbide, n'a pas changé de couleur; mais elle est très distendue, et la tumeur, grosse comme un œuf, fait une saillie arrondie et très accusée dans l'angle interne, recouvrant complètement la région du sac lacrymal. Cette tumeur n'est pas réductible dans les parties profondes; sa palpation, peu douloureuse, permet cependant d'en chasser un peu le contenu en arrière, et, sous l'influence de cette compression, on remarque que le globe de l'œil est repoussé en avant et en dehors.

La fluctuation est manifeste, et il n'est pas douteux que nous ayons affaire à une collection liquide.

Les antécédents de l'affection, son existence dès le jeune âge, sa marche lente d'abord, puis subitement rapide, son indépendance de la peau, l'épaisseur relative de la paroi du kyste, la région qu'il occupe, ne permettent guère au diagnostic de s'égarer.

Nous avons affaire à un kyste dermoïde du grand angle de l'œil, et à un kyste enflammé.

Conformément au désir du malade, nous nous mettons en mesure de pratiquer l'extirpation de la tumeur.

Comme il s'agissait d'un kyste dermoïde et que le diagnostic ne pouvait être douteux, nous nous mîmes en devoir d'extraire, par une dissection attentive, la totalité de la poche. A cet effet, une longue incision demi-courbe fut faite sur la tumeur, du milieu du sourcil jusqu'au milieu du nez; la peau, réclinée, laisse voir la partie antérieure de la paroi kystique, que nous isolâmes de côté et d'autre aussi complètement que possible; l'œil était récliné en dehors et en bas par un écarteur approprié.

Pour faciliter la dissection de la poche, qui s'engageait très profondément le long de la paroi interne de l'orbite, nous dûmes amputer la moitié antérieure du kyste et le vider de son contenu; il s'écoula une abondante quantité de liquide louche, mélangé de gros grumeaux caséeux et de quelques poils, débris caractéristiques justificatifs du diagnostic posé.

La poche ainsi vidée, la tumeur semblait avoir disparu, mais dans les parties profondes de la région interne de l'orbite, entre le nerf optique et l'os planum, existait toujours la paroi, qu'il fallait, croyons-nous, extirper sous peine de récive.

Cette dissection fut très laborieuse : la poche, enflammée, adhérait aux parties voisines; le nerf optique dut être serré de très près et contusionné par les ciseaux; de plus, chaque coup de ciseaux ouvrait des bouches vasculaires petites, mais nombreuses, qui donnaient lieu à une hémorragie considérable, un instant presque inquiétante. Cette hémorragie était fournie par de nombreuses veinules, impossibles à saisir, sur lesquelles la compression seule avait prise. Cette compression, aidée d'une injection au cyanure froid, arrêta cependant cette hémorragie, et il nous fut possible de faire, dans de bonnes conditions, la suture de la peau et un drainage approprié destiné à ne pas laisser séjourner dans cette grande anfractuosité orbitaire les liquides qui devaient nécessairement s'y épancher.

Les suites de l'opération furent d'ailleurs bonnes au point de vue de l'état général; il y eut dans la région un gonflement considérable, mais aucune exophtalmie et certainement une compression

rétro-bulbaire assez minime. Il n'y eut aucune élévation de température, et la cicatrisation de la plaie opératoire marcha régulièrement à la guérison; mais du côté de l'œil se passèrent des phénomènes très intéressants.

Au premier pansement, qui fut fait deux jours après l'opération, le sujet accusa une grande diminution d'acuité; sa cornée, toujours bien recouverte par les paupières, un peu œdématisées, était insensible sur toute sa moitié interne et inférieure; il avait de l'iritis et un peu d'hypopyon; la membrane était encore transparente.

Collyre à l'atropine, compresses chaudes et pommade iodoformée. Le revêtement épithélial de la cornée était à ce moment intact.

Le quatrième jour, au second pansement, les accidents neuro-paralytiques s'étaient accusés; la cornée était dépolie, la chambre antérieure contenait dans son quart inférieur un liquide louche abondant; il y avait beaucoup d'iritis, et le sujet comptait à peine les doigts.

Le pansement fut fait dans la suite plusieurs fois par jour, dans le but de réveiller la nutrition de la cornée et de lutter contre l'iritis : compresses très chaudes, pommades antiseptiques, atropine; une petite ulcération marginale se produisit en bas; mais, au bout de huit jours, les accidents neuro-paralytiques s'amendèrent, et la nutrition de la cornée reprit le dessus, pendant que, sous l'influence de l'atropine, les complications iridiennes diminuèrent.

L'examen ophtalmoscopique montre une papillite aiguë.

Quinze jours après, le malade quitte l'hôpital, complètement guéri de son opération, avec une cornée bien transparente, une pupille normale, mais une névrite optique en voie d'évolution et s'acheminant vers l'atrophie.

Son acuité visuelle est de $1/10$; cette acuité, dans la suite, resta stationnaire. Un examen pratiqué le 28 novembre, un mois après l'opération, fit constater un trouble fin du corps vitré et une décoloration notable de la papille.

L'acuité visuelle du sujet paraît définitivement réduite.

Examen de la poche kystique. — Le contenu du kyste ne fut pas recueilli, mais il doit nous suffire de noter les débris caséeux séba-

cés et les poils qu'il contenait pour que le diagnostic ne soit pas contestable.

La poche a été étudiée avec d'autant plus de soin qu'elle nous a paru mériter grand intérêt.

Sans insister ici trop longuement sur sa structure, nous dirons que cette poche était totalement dépourvue, sur tous les points examinés, d'épithélium de revêtement; elle était le siège d'une ulcération ancienne très étendue, intéressant vraisemblablement la totalité de sa surface : le derme était épaissi et fibreux, dégénéré en un véritable tissu de cicatrice, au milieu duquel on trouvait encore des glandes sébacées remplies de vieux cristaux de cholestérine. Dans ce derme, nous n'avons pu trouver aucun autre élément que ces glandes sébacées indiquant l'origine véritable de la paroi; la face interne de ce derme, celle qui regarde la cavité du kyste, est couverte par un mince tissu granuleux, presque partout peu épais, en quelques endroits seulement bien développé et presque fongueux.

La face externe, celle qui a été séparée du tissu orbitaire par la dissection, présente un grand nombre de vaisseaux, qui lui donnent presque l'aspect d'un tissu érectile et expliquent bien l'hémorragie abondante produite pendant l'intervention. En résumé, l'examen anatomique démontre bien qu'il s'agit d'un kyste dermoïde (poils dans le contenu, vestiges de glandes sébacées dans le contenant), et il permet de constater cette particularité, vraiment intéressante et rare, d'une ulcération siégeant sur la paroi du kyste, de façon à en supprimer tous les éléments épithéliaux.

OBSERVATION VI.

(DE LAPERSONNE, *Archives d'ophtalmologie*, 1893.)

Kyste dermoïde biloculaire : fronto-orbitaire.

Il s'agit d'un garçon de 18 ans, bien portant, appartenant à une famille de 9 enfants vivants, et n'ayant aucun antécédent héréditaire ou personnel. A signaler sur la figure une grande quantité de tannes et de boutons d'acné.

Il y a trois ans seulement, il a remarqué une petite saillie sur le front, au-dessus du sourcil gauche. La tumeur a augmenté très lentement, descendant petit à petit sous le sourcil, au dire du malade, et envahissant la paupière supérieure. Il y a un an, un de nos confrères constatait une saillie notable de la paupière, qui ne pouvait se relever complètement, et l'œil commençait à être dévié en bas. Depuis, l'exophtalmie et la déviation n'ont fait qu'augmenter.

Le malade se présente à la consultation de l'Hôpital Saint-Sauveur le 15 avril 1891. A ce moment, la région sourcilière et la paupière font peu de saillie, mais il existe un ptosis très marqué qui recouvre presque entièrement le globe. Par la palpation, on sent facilement, au niveau de la partie moyenne de la paupière, une tumeur très molle, arrivant en avant jusqu'au rebord orbitaire et s'enfonçant dans l'orbite sans qu'on puisse la circonscrire en arrière. La glande lacrymale paraît saine; pas de douleur à la pression au niveau de l'émergence du sus-orbitaire; pas de phénomènes de compression des organes contenus dans l'orbite. L'œil est fortement projeté en bas, de telle sorte que le bord supérieur de la cornée du côté malade est sur la même ligne horizontale que le bord inférieur de la cornée du côté opposé. Les mouvements d'élévation de l'œil gauche sont très gênés, les autres mouvements sont libres. Cet œil est d'ailleurs parfaitement sain; aucune lésion à l'ophtalmoscope; l'acuité visuelle est normale.

En examinant avec soin la région frontale, on sent, à environ 2 centimètres au-dessus du sourcil, à l'union de son tiers externe avec ses deux tiers internes, une petite dépression osseuse, sorte d'empreinte digitale, de forme arrondie : la peau est saine et nullement adhérente à ce niveau.

L'extrême lenteur de la marche, le peu de retentissement sur les organes voisins, faisaient tout de suite songer à une tumeur bénigne, lipome ou kyste. Je pensai tout de suite à un kyste dermoïde, bien que le malade n'ait remarqué la tumeur que depuis trois ans seulement. On sait l'accroissement notable des productions dermoïdes au moment de la puberté : il est possible que la tumeur, très petite pendant l'enfance, ait passé inaperçue et se soit développée surtout depuis l'âge de 12 ou 14 ans.

Il y avait cependant dans cette histoire clinique deux points un peu obscurs. C'était d'abord l'extrême mollesse de la tumeur, beaucoup plus grande que dans les kystes sébacés ou les kystes dermoïdes de la queue du sourcil; il semblait que la tumeur pouvait être repoussée dans l'orbite, par suite d'un certain degré de réductibilité. De plus, quelle était la signification de la dépression frontale ? Ces dépressions se trouvent communément au niveau de l'insertion des kystes congénitaux, et on pouvait très bien admettre que la tumeur, implantée d'abord sur le frontal, avait glissé petit à petit en bas et, arrivant au-dessous de l'arcade sourcilière, s'était enfoncée dans l'orbite; cette pénétration secondaire dans l'orbite est signalée pour les kystes de la queue du sourcil. Nous allons voir que cette hypothèse ne peut s'accorder avec les faits constatés au moment de l'opération.

Le 17 avril, je fais une incision longitudinale sur presque toute la longueur du bord inférieur du sourcil. Les plans de la paupière sont incisés un à un, mais on ne peut éviter d'ouvrir le kyste, qui laisse échapper son contenu grumeleux, comparé avec raison à la châtaigne bouillie. Une partie du contenu est vidée, et j'introduis aussitôt mon doigt pour apprécier l'étendue et les rapports de la cavité kystique. En explorant la partie supérieure, je constate, à mon grand étonnement, une large perforation de la voûte orbitaire; le rebord osseux antérieur est irrégulier et tranchant; la perforation s'étend jusqu'au sommet de l'orbite; sur les côtés, quelques parcelles osseuses détachées sont ramenées par le doigt.

Que s'était-il passé ? J'avais très présents à la mémoire certains faits peu encourageants. Dans un cas analogue, Tavignot ne continue pas son opération, craignant de pénétrer dans le crâne; Richard trouve la voûte orbitaire perforée, permettant au doigt d'arriver sur la dure-mère. Après quelques hésitations, bien excusables, l'opération est continuée, et permet d'arriver sur un second plan osseux, obliquement dirigé en bas et en arrière, séparant le kyste de la cavité crânienne. C'est la table interne du frontal, fortement repoussée en arrière. Il existe donc une loge osseuse triangulaire, limitée en avant et en arrière par les deux tables du frontal, dont la base répond à la voûte orbitaire, largement perforée,

dont le sommet, en haut précisément, à la dépression constatée sur la face antérieure du frontal. Il est dès lors facile de reconnaître qu'il s'agit d'un orifice circulaire, de 0 cm. 5 de diamètre, à bords tranchants; cet orifice est exactement situé à 55 millimètres de la ligne médiane, à 25 millimètres au-dessus de l'arcade orbitaire.

Une incision verticale partant de cette dépression va rejoindre l'incision horizontale, et, l'orifice bien dégagé, je fais le curettage aussi complet que possible de la cavité osseuse. La plaie est en partie réunie, un drain est passé en anse par l'orifice du frontal et par la paupière.

Les suites de l'opération ont été très simples : Le 1^{er} juin, l'exophtalmie a complètement disparu : les deux yeux sont presque à la même hauteur; il y a cependant un peu de diplopie verticale; la paupière se relève plus facilement et découvre presque entièrement la cornée. L'injection antiseptique faite par le drain ramène encore de temps à autre des débris épithéliaux; un stylet introduit par l'orifice supérieur joue dans une cavité relativement large, à parois osseuses. Le jeune homme est rentré depuis quelque temps chez lui et se fait lui-même les injections par le drain.

Au bout de quelques mois, l'état étant le même et l'écoulement de matière séborrhéique persistant, je décide le malade à une nouvelle intervention, qui est pratiquée le 4 février 1892. Une incision en T renversé étant faite et l'os bien dénudé, j'enlève au moyen de la scie à chaîne un triangle osseux dont le sommet est à l'orifice du frontal et la base à l'arcade orbitaire. La cavité du kyste est largement mise à nu, et je peux facilement détruire les restes des parois kystiques dans les angles rentrants. La loge osseuse du kyste communique par un petit orifice avec le sinus frontal ou un de ses diverticules. Pansement à l'iodoforme. La cicatrisation se fait très simplement, les bords cutanés s'entropionnent dans la dépression osseuse et l'oblitérent rapidement. Six semaines après, la guérison est complète. Il reste une fente verticale qui défigure fort peu le malade. Le ptosis a disparu, ainsi que la diplopie. L'œil a repris ses fonctions. Depuis plus d'un an, la guérison s'est absolument maintenue.

L'examen microscopique a confirmé la nature dermoïde du kyste.

OBSERVATION VII (Résumée).

(CHEVAILLIEREAU et BÉAL, *Bull. Soc. franç. ophtal.*, 1896.)

Kyste dermoïde biloculaire : cranio-orbitaire.

Un homme de 48 ans se présentait avec une tumeur occupant le plafond de l'orbite et refoulant complètement l'œil prolabé sur la joue.

Son histoire pathologique, qui remontait à quinze ans en arrière, avait été successivement marquée par la production d'une « vomique nasale » constituée par un liquide brunâtre, huileux, avec paillettes brillantes, et accompagnée de diminution partielle de la tumeur, puis par des troubles cérébraux divers. Il y a trois ans, un brusque accroissement de l'exophtalmie s'était accompagné de douleurs et de lésions graves de la cornée. L'énucléation, justifiée par l'état de l'œil et la perte totale de la vision, fut d'abord pratiquée; puis, dans un second temps, on s'attaqua à la tumeur « molle, rénitente », qui remplissait toute la cavité orbitaire et faisait saillie surtout à la partie externe. L'incision donna issue à 100 cc. environ d'un liquide huileux rempli de paillettes brillantes. Après isolement et résection de la portion accessible de la poche, l'index put pénétrer de toute sa longueur avant d'atteindre la paroi postérieure de ce kyste, qui se trouvait à 8 cm. 5 en arrière du bord supérieur de l'orbite et qui s'enfonçait de 4 centimètres environ dans la cavité crânienne.

« Ce qui reste de la voûte est réduit à une lamelle de 1 centimètre de large, adhérente au bord antérieur, et qui a basculé en bas; le doigt sent nettement le bord postéro-inférieur de cette lamelle, devenu tranchant; de même, vers le fond de la paroi interne de l'orbite et à peu près au niveau du corps du sphénoïde, le doigt sent une crête osseuse verticale, puis c'est tout. Partout ailleurs l'extrémité de l'index recourbé peut s'enfoncer sans sentir d'autre résistance qu'une membrane épaisse et un peu rugueuse, probablement la paroi du kyste doublant la dure-mère refoulée. »

Ce qui vient d'ailleurs confirmer cette impression, c'est que

l'écoulement de la collection, au cours de l'intervention, « présente des saccades correspondant aux mouvements respiratoires ».

L'examen histologique a confirmé, par la présence de quelques poils isolés, sans adhérence à la paroi, l'origine dermoïde de la tumeur.

OBSERVATION VIII.

(A. CANGE et R. ARGAUD, *Archives d'ophtalmologie*, 1923.)

Kyste dermoïde biloculaire : orbito-temporal.

B... (D.), 45 ans, entre à la clinique ophtalmologique de la Faculté pour une volumineuse tumeur de la fosse temporale gauche accompagnée d'exophtalmie du même côté.

Nos investigations relatives à l'histoire de l'affection actuelle nous ont valu sur la date de l'apparition de la maladie, sur son développement rapide et capricieux, sur les incidents qui ont marqué sa progression, des réponses un peu déconcertantes. C'est ainsi qu'il nous déclare que l'affection a débuté à une période avancée de son existence : il avait alors 30 ans. Il nous paraît plus vraisemblable d'admettre qu'à cette époque seulement la difformité est devenue suffisamment choquante pour attirer son attention.

Quoi qu'il en soit, il a constaté, il y a quinze ans, l'existence d'une grosseur, du volume d'une petite noix, occupant, en arrière de la crête frontale et en dehors de la queue du sourcil, la partie la plus antérieure de la fosse temporale gauche. Cette tumeur était indolore spontanément et à la pression, elle ne s'accompagnait d'aucun changement dans la coloration et la souplesse des téguments. Elle resta longtemps stationnaire; c'est depuis trois mois seulement que, sans cause connue, elle se serait développée brusquement. Non seulement cette tuméfaction s'étendit en arrière, soulevant en masse toute la fosse temporale, mais le globe oculaire devint rapidement saillant. C'est un matin, au réveil, que le malade s'aperçut de la protrusion anormale de l'œil, ce qui lui fait dire que l'exophtalmie est apparue « il y a trois mois, dans l'espace d'une nuit ».

Pourtant, par un interrogatoire un peu serré, on parvient à lui faire avouer qu'antérieurement, et depuis assez longtemps déjà, il avait eu à se plaindre de gêne masticatoire et d'épiphora du côté gauche; qu'en outre, à un certain moment, il avait présenté une vive infection oculaire accompagnée d'amblyopie transitoire; ces derniers accidents auraient duré une vingtaine de jours environ et se sont terminés favorablement. Depuis trois mois, tumeur temporale et exophtalmie ont constamment progressé.

Deux particularités dominent la scène morbide : a) le gonflement de la région temporale; b) l'exophtalmie.

Toute la région temporale du côté gauche apparaît nettement soulevée en un relief régulier, arrondi, du volume d'un gros œuf de poule; elle se dessine avec la saillie et les limites que donnerait une injection anatomique accumulée sous pression dans la loge sous-aponévrotique.

La palpation confirme les renseignements précédents relatifs à l'étendue et à la régularité de cette tumeur. Elle nous la montre s'allongeant, dans le sens transversal, depuis le rebord de l'orbite en avant jusqu'à l'insertion antérieure du pavillon de l'oreille en arrière; en haut, elle est circonscrite par la ligne courbe temporale supérieure; en bas, elle est limitée par le bord supérieur de l'arcade zygomatique et le bord postéro-supérieur du malaire, derrière lequel elle s'enfonce profondément; pourtant, l'exploration de la cavité buccale montre que le sillon gingival supérieur est libre; par cette voie, la tumeur demeure inaccessible. Sa consistance est partout la même et donne la sensation d'une masse dure, pourtant dépressible et incontestablement fluctuante.

Une pression progressive exercée sur toute son étendue montre qu'elle est irréductible; en tout cas, elle n'influence en rien l'exophtalmie, indifférente à ce « taxis » prolongé. On découvre un point douloureux très net immédiatement en arrière de la paroi externe de l'orbite, au niveau de l'extrémité inférieure de la crête temporale du frontal.

Les téguments ont conservé leur mobilité et leur souplesse; il n'existe aucun signe révélateur d'un travail inflammatoire récent ou ancien, superficiel ou profond. La contraction du crotaphyte ne

modifie pas d'une façon appréciable le volume et la tension de la tumeur, dont le siège est évidemment profond, sous-musculaire.

Le globe oculaire gauche, d'apparence normale, présente un degré prononcé d'exophtalmie directe. Cependant, les paupières arrivent encore à le recouvrir dans les mouvements volontaires d'occlusion : la supérieure est simplement distendue et amincie; l'inférieure est en ectropion léger, et les larmes, ainsi que quelques sécrétions, s'accumulent dans la rigole conjonctivale, béante et hyperémiée. La mobilité du globe est conservée dans toutes les directions; l'étude du champ du regard a montré qu'il existe une légère réduction des mouvements d'adduction et d'abduction.

L'iris réagit normalement à la lumière et à l'accommodation. Les divers milieux intra-oculaires ont conservé leur intégrité et leur transparence. L'examen ophtalmoscopique montre une papille allongée verticalement, dont les contours ont, par endroits, perdu leur netteté et leur régularité; le disque optique semble émettre de larges et courts prolongements triangulaires dont les pointes se perdent dans les zones rétinienne avoisinantes. La coloration est blanchâtre; les artères sont amincies; les veines sont plutôt volumineuses. La skiascopie révèle un astigmatisme hypermétrope simple contraire à la règle de 0,50 d. Javal = 0; l'acuité visuelle = 1. Le champ visuel accuse un très léger rétrécissement concentrique.

Au niveau de l'orbite, comme dans la fosse temporale, on ne trouve aucune trace d'œdème, aucun vestige d'accidents phlegmasiques. Toutes les parties molles de la région ont conservé leur souplesse, leur dépressibilité. Le doigt explorateur, insinué entre le bulbe exorbité et la paroi osseuse, n'arrive pas, en quelque région qu'il pénètre, à découvrir la présence d'une tumeur solide ou fluctuante, mobile ou adhérente. Cette exophtalmie est irréductible, et, de même que la compression exercée sur la tumeur temporale ne modifiait pas la saillie du globe, pareillement le refoulement du globe n'influence en rien le volume et la tension de la collection temporale.

Les phénomènes subjectifs contrastent par leur bénignité avec l'intensité des accidents objectifs. Il n'y a pas, il n'y a jamais eu,

nous dit-on, de diplopie; il n'y a pas de douleurs. C'est la difformité seule qui conduit le malade au médecin : une gêne masticatoire, de l'épiphora, la difficulté du clignement, constituent les seuls troubles fonctionnels accusés par le malade.

L'œil droit est normal; le Javal indique un astigmatisme direct physiologique de 0,50 d.; $V = 1$.

En présence de ce tableau symptomatique, quel diagnostic fallait-il porter ?

Il nous parut tout d'abord évident : 1° que l'exophtalmie était engendrée par une tumeur de l'orbite; 2° qu'un même processus originel liait l'une à l'autre les deux tumeurs orbitaire et temporale; 3° enfin, qu'il y avait entre elles, sous les apparences trompeuses d'une simple contiguïté, une continuité véritable. N'avaient-elles pas évolué et grandi simultanément ? Et, pour trahir encore leur commune origine, la tumeur superficielle n'avait-elle pas débuté, sur le versant temporel de la paroi externe de l'orbite, au niveau de l'articulation fronto-malaire ?...

Deux affections s'imposaient plus particulièrement à notre attention : le kyste hydatique et le kyste dermoïde... Nous inclinions plutôt à admettre l'existence d'un kyste congénital de nature dermoïde, de conformation biloculaire... l'intervention chirurgicale vint le confirmer.

Le 28 novembre 1922, la tumeur fut abordée par une longue incision horizontale, parallèle à l'arcade zygomatique, et située à 2 centimètres au-dessus d'elle. On la découvrit profondément enfouie sous la couche musculaire et au contact immédiat du plan osseux. Une nappe celluleuse de clivage en rendit l'isolement facile, sauf en deux points : en bas et en haut. En bas, la tumeur s'enfonçait derrière l'arcade zygomatique, accolée à la face profonde du tendon du temporel, auquel la reliaient des connexions assez étroites. Sa libération fut gênée, à cet endroit, par l'étroitesse et la rigidité du foyer opératoire et par une abondante hémorragie; qui nécessita des tamponnements répétés. Beaucoup plus intimes se montrèrent les adhérences qui, en avant, rattachaient le pôle antérieur de la tumeur au versant temporel de la paroi orbitaire. C'est lentement, laborieusement, que l'on parvint, à l'aide d'une petite

rugine, à dégager en grande partie la poche kystique de la gouttière osseuse rétro-fronto-malaire, à laquelle elle était soudée sur une large étendue. Devant cette adhérence, on jugea plus prudent de procéder à l'ouverture de la collection; il s'en écoula d'abord la valeur de deux cuillerées à soupe d'un liquide « bouillon sale », qui ne tarda pas à se figer dans le verre où il avait été recueilli. Par l'ouverture agrandie, on put évacuer ensuite une quantité abondante de grumeaux rappelant le lait caillé. La paroi interne de la poche était tapissée dans toute son étendue de cette même substance, que l'on peut comparer à une nappe épaisse de smegma préputial. L'inspection attentive de la cavité nous permit alors de constater, au niveau de son pôle antérieur et dans la partie répondant à la zone adhérente, l'existence d'un orifice réniforme, à concavité antérieure, des dimensions d'un porte-plume et situé à 2 centimètres en arrière de la marge orbitaire, au point de jonction du frontal, du malaire et de la grande aile du sphénoïde. Un stylet introduit par cet orifice pénétra dans la cavité de l'orbite, confirmant ainsi le diagnostic de collection en bissac que nous avions porté. Pour aborder cette seconde tumeur, nous pratiquâmes une nouvelle incision curviligne, dont le milieu répondait à l'extrémité antérieure de la première, de façon à permettre le rabattement de deux volets musculo-cutanés. Mais, en raison du siège profond de la poche, cette orbitotomie externe ne nous donna qu'un espace insuffisant pour une extirpation en bloc; c'est pourquoi nous décidâmes de réséquer un large triangle osseux dont le sommet aboutissait à l'orifice de communication. Grâce à cette excision cunéiforme, l'ablation totale de la poche orbitaire devint relativement aisée. Du côté du bulbe et des parties molles, la dissection en fut facile, mais elle fut beaucoup plus délicate au niveau de la paroi osseuse, où nous retrouvions, dépassant le pourtour de l'orifice osseux, les mêmes adhérences que celles que nous avions rencontrées pour la poche précédente. La tumeur orbitaire s'enfonçait jusqu'au voisinage du sommet de l'entonnoir osseux; elle présentait le volume d'une noix; sa paroi et son contenu offraient les mêmes caractères que ceux de la poche temporale.

Inutile d'insister sur les suites de cette intervention, qui furent

des plus simples; la nécessité d'assurer, par une mèche de gaze, le tamponnement hémostatique de cette vaste cavité retarda de quelques jours seulement la guérison définitive.

Disons seulement que la cicatrisation par première intention fut obtenue, que le résultat opératoire fut satisfaisant, que le globe oculaire reprit aussitôt sa place et que l'esthétique faciale ne fut nullement compromise par la résection définitive de la paroi orbitaire externe. Si, à la sortie de l'hôpital, le 16 décembre 1922, l'aspect ophtalmoscopique ne s'était pas sensiblement modifié, le champ visuel s'était élargi et avait repris son étendue normale.

L'examen microscopique a confirmé la nature dermoïde du kyste.

OBSERVATION IX.

(MM. les Professeurs PORTMANN et TEULIÈRES, *Revue de laryngologie-otologie-rhinologie*, 1931, n° 4, p. 144.)

Kyste dermoïde intrasinus-orbitaire.

Le 17 novembre dernier, l'un de nous, le Professeur Teulières, recevait du Docteur Teissier, de Bayonne, un malade, M. O..., porteur d'une exophtalmie en bas et en avant considérable. A l'examen, on ne constatait aucune modification de la motricité oculaire, aucun trouble du fond de l'œil, mais un déplacement très marqué du globe oculaire, qui semblait repoussé par quelque chose siégeant au niveau du plafond de l'orbite. La palpation révélait une arcade orbitaire normale; immédiatement au-dessous, par contre, on percevait avec le doigt une tuméfaction intra-orbitaire arrondie, paraissant lisse d'aspect et rénitente. La palpation au-dessus de l'arcade ne révélait rien d'anormal. Une radiographie (V. ci-contre) montrait des sinus frontaux clairs, mais avec destruction de la paroi inférieure du sinus frontal gauche et de la paroi supérieure de l'orbite. Un flou siégeant à ce niveau faisait penser à une tumeur de la dimension d'une grosse noix, ayant envahi une partie du sinus frontal et une partie de l'orbite.

En présence de ces manifestations, un examen rhinologique com-



Obs. IX. — M. O..., Radiographie postérieure du crâne.

Vesnat (p. 42).

plet fut pratiqué. Il permit de constater des fosses nasales normales, avec quelques sécrétions dans la région du méat moyen gauche.

La diaphanoscopie confirma le diagnostic radiologique, avec cependant une luminosité du sinus frontal gauche un peu diminuée par rapport au côté droit. L'examen de la tuméfaction, son siège, son aspect rénitent, nous firent hésiter entre une mucocèle frontale, qui aurait expliqué les signes rhinologiques, et un kyste dermoïde, hypothèse également très plausible.

Dans les antécédents de ce malade, on notait une chute sur le nez, quatorze ans auparavant, et c'est un an après cette chute que la tuméfaction aurait commencé à se développer et l'exophtalmie à devenir apparente. Le malade n'a jamais présenté aucune douleur. Etat général parfait.

L'intervention fut décidée et pratiquée le 20 novembre 1930 avec le protocole opératoire suivant.

Intervention. — Anesthésie générale au chloroforme.

Incision commençant au niveau de la commissure palpébrale interne et remontant le long du sourcil jusqu'à l'angle externe de l'œil.

On dégage le plan osseux.

Trépanation comme pour une sinusite frontale. Le sinus est ouvert; on trouve sa muqueuse un peu épaissie. Sa paroi inférieure, détruite, laisse passer une tuméfaction lisse qui semble provenir de l'orbite.

La paupière supérieure, largement décollée, est attirée vers le bas.

On trouve assez facilement un plan de clivage à la tumeur, mais au cours de cette manœuvre, elle se rupture, et à travers cet orifice passe une énorme quantité de matière sébacée. Il s'agit donc d'un kysté sébacé.

On enlève la totalité de la poche, qui s'étend en arrière jusqu'au sommet de l'orbite; au voisinage du trou optique.

En haut et en dehors, le kyste a repoussé la table interne, créant de véritables géodes, dont l'une s'étend jusqu'à l'aplomb de l'angle externe de l'orbite. L'arcade sus-orbitaire est dégagée. On décolle le contenu orbitaire de haut en bas; on aperçoit alors une

tuméfaction volumineuse qui a détruit la presque totalité de la paroi supérieure de l'orbite et se continue par celle constatée dans le sinus.

Cette tuméfaction a un aspect blanc jaunâtre, est absolument lisse. La palpation bidigitale donne une sensation de fausse fluctuation; il est impossible de l'énucléer, soit par voie frontale, soit par voie orbitaire, sans enlever une partie de l'arcade sus-orbitaire. Celle-ci est réséquée sur 2 centimètres environ, au niveau de sa partie médiane; on ne touche pas à la muqueuse du sinus frontal.

Mise en place de gaze iodoformée. Suture.

Résultats opératoires parfaits. Guérison.

On trouvera à la fin de notre chapitre III l'examen microscopique de la paroi du kyste.

OBSERVATION X.

(CHAVASSE, *Archives d'ophtalmologie.*)

Kyste dermoïde à contenu huileux de la région interne de l'orbite.

L..., âgé de 23 ans, cultivateur, actuellement au service militaire, entre à l'Hôpital du Val-de-Grâce le 12 avril 1901 pour une otite moyenne chronique suppurée, à gauche.

C'est un homme de développement moyen, d'une taille de 1 m. 62, présentant comme particularités, une obstruction nasale à gauche par éperon de la cloison, une voûte palatine très ogivale, de l'hypertrophie des amygdales et des végétations adénoïdes en nappe; pas d'asymétrie faciale.

En l'examinant, mon attention est de suite attirée par une déformation de la partie supérieure de l'angle interne de l'œil gauche. En ce point, la paupière supérieure est soulevée par une saillie arrondie empiétant sur la partie voisine de la racine du nez et surplombant la région du sac lacrymal et de la paupière inférieure. Le mouvement d'élévation de la paupière supérieure est mécaniquement gêné, de sorte que la fente palpébrale est plus

étroite de ce côté, mais les mouvements du globe oculaire s'exécutent normalement; l'œil n'est pas dévié, il n'y a pas de diplopie.

La palpation montre que cette saillie, recouverte par une peau normale avec quelques veinules dilatées, est formée par une tumeur fluctuante, non réductible par la pression, indolore, non animée de battements, ne recevant pas d'impulsions par la toux ou les efforts, et sans expansion ou retrait pendant les mouvements respiratoires. Cette tumeur s'enfonce assez profondément. Elle a le volume d'une petite noix, mais sa partie intra-orbitaire est de dimension moindre que la portion saillante antérieure.

La région du sac lacrymal est libre de toute connexion avec la tumeur, qui est située au-dessus d'elle.

L'éclairage par la transillumination, avec la lampe électrique servant à l'exploration des sinus frontaux, met en évidence une transparence parfaite.

Le diagnostic de kyste à contenu liquide et clair était établi.

Interrogé sur l'origine de cette tumeur, le malade raconte qu'il l'avait en naissant, mais qu'elle était alors très petite. Elle avait grossi vers 1893, époque à laquelle, à Tours, un médecin en retira par une ponction simple un liquide jaune (?); trois semaines après, le kyste s'était reproduit. Après être resté stationnaire de nouveau pendant quelques années, celui-ci a pris récemment un accroissement rapide. Ces caractères de congénitalité et d'accroissement récent et rapide, joints aux signes relevés pendant l'exploration, me permettaient de diagnostiquer un kyste dermoïde à contenu très probablement huileux; il n'y avait aucune confusion possible avec une méningocèle.

L'extirpation du kyste, proposée au malade, est acceptée avec empressement, et elle est pratiquée le 23 avril 1901, après anesthésie de la région par des injections sous-cutanées d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1 p. 100 stérilisée à l'autoclave. Tout avait été disposé pour recueillir le liquide aseptiquement et extirper la poche en vue de recherches ultérieures chimiques et histologiques. Incision courbe suivant un des plis de la paupière supérieure et longue de 3 centimètres environ. L'isolement de la poche kystique fait avec les ciseaux mousses est rendu difficile par les

adhérences et le feutrage des parties molles immédiatement adjacentes; mais les véritables adhérences, serrées, intimes, existent entre le périoste de la paroi orbitaire interne, le long de la suture d'union de l'os frontal à l'unguis et à l'ethmoïde. Lorsque le kyste est dégagé dans ses deux tiers antérieurs, j'en retire le liquide par aspiration avec une seringue de Pravaz stérilisée et chauffée; j'extrais ainsi environ 5 cc. d'un liquide jaune pâle, absolument transparent, qui se fige bientôt en une masse blanche dans le récipient où il est recueilli.

La solidification s'en opère comme celle de l'huile soumise au refroidissement, par formation d'une quantité innombrable de petits grumeaux blancs, qui, s'agglutinant les uns aux autres, ne tardent pas à produire une masse solide et homogène.

La paroi du kyste est alors fendue d'un coup de ciseaux; sa couche interne, mise ainsi à découvert, présente absolument l'aspect d'un segment de peau macérée, affirmant déjà l'origine dermoïde de cette production. L'ablation est ensuite continuée en s'aidant de la traction exercée avec une pince à forcipressure. Au cours de cette dissection véritable, on sectionne, en avant, une petite artériole qui nécessite la ligature et, dans la profondeur, vers le trou orbitaire ou ethmoïdal antérieur, une veine qui donne lieu à une hémorragie en nappe assez abondante, dont on s'est rendu maître par une compression prolongée pendant quelques minutes. Le périoste, auquel adhérait intimement la poche, est gratté fortement avec une curette tranchante.

L'opération terminée, la cavité est tamponnée avec une bandelette de gaze aseptique dont l'extrémité sort par la plaie cutanée; les lèvres de cette dernière sont réunies sur les deux tiers de la longueur de l'incision par trois points de suture au crin de Florence; pansement aseptique ouaté, compressif.

Le tamponnement est retiré, quatre jours plus tard, et l'on se borne alors à l'application d'un simple pansement aseptique légèrement compressif. La cicatrisation évolue sans incident et est complète le 8 mai. A la sortie du malade, le 20 mai, il ne persiste sur la région opérée qu'une étroite et courte bride cicatricielle un peu saillante; les parties profondes sont souples, la paupière supé-

rieure a repris son fonctionnement normal et la fente palpébrale s'ouvre aussi largement que celle du côté opposé.

Analyse du contenu du kyste. — Cette analyse a été pratiquée par notre excellent ami et collègue, M. Georges, professeur de chimie au Val-de-Grâce.

Le produit extrait du kyste pèse environ 4 grammes. C'est une matière grasse, d'un blanc légèrement jaunâtre, solide à la température ordinaire, onctueuse, sans odeur, de saveur butyreuse, neutre au papier de tournesol.

Vue au microscope, elle fournit de petites masses amorphes, mélangées de quelques cristaux, en houppes, transparentes, sans cellules ou débris de cellules. Elle est complètement soluble dans l'éther, à peine soluble dans l'alcool absolu à froid et incomplètement soluble dans l'alcool absolu bouillant.

La partie soluble dans l'alcool bouillant se précipite par refroidissement sous forme de globules sphériques plus ou moins réguliers, armés de pointes d'inégale longueur.

Cette matière fond entre 27°5 et 28°5. Elle perd 0 g. 0046 d'eau par gramme. Le point de fusion des acides gras provenant de la saponification est de 26 degrés. Elle ne renferme qu'une quantité indosable de matières minérales, moins de 0 mg. 1 par litre. L'indice de Koettstorfer est de 200. L'indice de Reichert-Mussl-Wolny est de 0.

Cette substance est donc de la matière grasse pour ainsi dire absolument pure, exempte de glycérides à acides gras volatils et formée, en raison du point de fusion des acides gras et de l'indice de Koettstorfer, de 56 p. 100 environ d'oléine pure pour 44 p. 100 de palmitine.

L'examen bactériologique pratiqué par M. Vincent, professeur agrégé au Val-de-Grâce, a été négatif; le liquide était absolument stérile.

Examen microscopique de la paroi. — Cet examen a été fait par notre collègue, M. Vincent, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Les pièces ont été durcies dans l'alcool à 60, 90 degrés, puis dans l'alcool absolu. Les coupes ont été pratiquées après inclusion dans la paraffine.

Ces coupes, examinées au microscope, après coloration, ont offert la structure de la peau normale avec son épiderme, son corps muqueux, son derme et les éléments que l'on trouve dans celui-ci. Mais il est à noter que, dans certaines coupes, l'épiderme ne revêt pas entièrement la paroi interne de la membrane; on le voit s'amincir, s'infléchir en dedans, pour pénétrer faiblement dans le derme sous-jacent, où il finit en pointe. A partir de cette région, le derme était donc en contact immédiat avec le contenu huileux du kyste.

La portion épidermique a été trouvée un peu modifiée. La couche cornée est considérablement amincie ou même nulle en certains points. L'éléidine est également absente ou rare. Les cellules du corps muqueux de Malpighi présentaient leur aspect et leurs bords scalariformes visibles, surtout dans la couche profonde. Le derme a sa structure normale, mais on n'aperçoit pas distinctement d'éléments nerveux dans les papilles. Dans la profondeur, on rencontre cependant quelques nerfs. Il n'a pas été trouvé de glandes sudoripares ni de poils. Par contre, la partie de la paroi revêtue d'épiderme était très riche en glandes sébacées, la plupart plurilobées et pourvues d'un canal excréteur très dilaté. On n'observe pas de glandes sébacées dans la portion du kyste non revêtue d'épiderme.

CHAPITRE III.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les kystes dermoïdes de l'orbite, comme tous les kystes de même nature, ont pour caractéristique d'avoir une paroi dont la structure est essentiellement celle de la peau.

Nous étudierons successivement la paroi du kyste et son contenu :

I. — Etude de la paroi et de ses dérivés.

La paroi est composée d'une couche conjonctive semblable à celle du derme, et revêtue d'une couche épidermique. La surface interne rappelle ordinairement l'aspect de la peau ou celui d'une muqueuse; tantôt elle est lisse ou unie, d'autres fois elle est inégale, tomenteuse, rappelant la muqueuse de l'estomac ou même celle de la vessie. Souvent elle a une apparence plissée, analogue à celle de la peau macérée.

L'épaisseur de cette paroi est également très variable; on peut la trouver extrêmement mince et souple, ou au contraire épaisse de plusieurs millimètres. Cette variabilité se retrouve non seulement d'un kyste à l'autre, mais encore entre deux points différents d'une même poche. Ce sont ces endroits épaissis, dont la structure se rapproche le plus de celle de la peau normale et où on a le plus de chances de trouver certains organes comme les poils, les glandes sudoripares. Dans les parties minces de la paroi, on peut ne rencontrer qu'un simple épithélium aplati, doublé par la paroi conjonctive. Cette variabilité tient, sans doute, à la distension résultant de l'accroissement du kyste; il se peut que la portion enclavée de l'ectoderme ne puisse se développer complètement, d'une

manière assez rapide : il se forme alors une paroi improvisée, incomplète, au niveau de laquelle font défaut poils, glandes et autres formations dermo-épidermiques.

Le *derme* de la paroi a une surface parfois absolument plane, et cette disposition, assez habituelle, a été regardée comme un caractère fœtal; d'autres fois, les *papilles* existent avec des dimensions irrégulières et souvent elles sont déformées : émoussées, aplaties. Enfin, on trouve des vaisseaux plus ou moins développés.

L'*épiderme* peut se présenter avec tous ses caractères habituels, mais fréquemment aussi il arrive qu'on ne puisse plus en distinguer les différentes couches. Son épaisseur est également fort variable.

Les *follicules pileux* diffèrent par leurs proportions, suivant qu'ils se développent dans un épiderme normal ou dans un épiderme atrophie. Ils peuvent être plus ou moins nombreux, plus ou moins importants; souvent ils ont l'aspect de cils, mais on en a vu qui dépassaient un mètre de long.

Les *glandes sébacées*, que l'on trouve généralement en même temps que les poils, peuvent leur être annexées ou, au contraire, être indépendantes et s'ouvrir directement à la surface libre de la paroi.

Les *glandes sudoripares* sont moins fréquentes que les précédentes. Elles font souvent défaut, lorsqu'il existe dans un kyste des poils et des glandes sébacées.

Les unes comme les autres peuvent être plus ou moins importantes par leur abondance comme par leur volume.

Le développement du kyste entraîne des désordres dans l'organisation de sa paroi. Il peut se trouver que des glandes sébacées déviées n'arrivent plus à déverser leur contenu dans la grande poche centrale; il en résulte la formation d'athéromes miliaires dans l'épaisseur même de la paroi, et, plus tard, autour de la glande dont le canal excréteur est obturé, pourront se produire des phénomènes inflammatoires.

De même, par ce processus, pourront naître de petites néoformations kystiques au niveau des glandes sudoripares.

Comme autre altération dans la structure de la poche kystique, il faut signaler le processus ulcératif qui, souvent, se produit à sa surface (obs. V).

« Ce processus ulcératif aboutit à la formation d'un tissu granuleux aux dépens de l'épiderme et de la couche interne du chorion. Ce tissu granuleux, remarquable par les poils et les cellules géantes qu'il renferme, devient parfois très abondant; il est très envahissant, et l'ulcération s'étend de plus en plus jusqu'à ce qu'elle ait envahi toute la surface du kyste. » (Lagrange.)

Seules, les glandes sudoripares, dont les circonvolutions sont dans les couches externes du chorion, échappent à la destruction.

Certains auteurs, comme Hildebrand et Goldmann, ont voulu voir la cause des cellules géantes dans les poils qui agiraient comme des corps étrangers. Mitwalsky, au contraire, pense qu'il n'y a aucun rapport entre les deux éléments et que les cellules géantes sont une des particularités de ce tissu granuleux.

Entre les cellules géantes apparaissent des néoformations fibreuses qui avec le temps finissent par transformer le tissu ulcéré en une véritable cicatrice. Jamais l'épiderme ne se reforme à sa surface.

Ce processus ulcéreux est fréquent dans les vieux kystes dermoïdes : « Plus l'individu est jeune, plus vraisemblable est l'absence de processus ulcéreux. » (Mitwalsky.)

Les causes de cette modification sont ignorées; sans doute, faut-il la rapporter à la distension du kyste et aux infections secondaires endogènes.

II. — Etude du contenu.

Le contenu des kystes est le plus souvent constitué par une substance semblable à du gruau ou à du sébum, composée de cellules exfoliées du stratum corneum de l'épiderme et de la sécrétion fournie par les glandes contenues dans la

paroi : graisse venant des glandes sébacées, liquide aqueux des glandes sudoripares. On y trouve enfin des poils exfoliés et même parfois des dents.

En règle générale, les produits épithéliaux dominent; mais quand les glandes sébacées sont très nombreuses, la majeure partie du contenu est de la graisse.

Quelquefois cette matière grasseuse prend l'aspect d'un liquide huileux ou mielleux (kystes huileux et mielleux ou méliceris).

Ces *kystes huileux* ne constituent pas une variété spéciale : une fois leur liquide écoulé, on retrouve toujours, au fond de la poche, des débris épidermiques.

« Il y a deux variétés d'huile : l'une est *très jaune* et contient beaucoup d'oléates, l'autre est *très blanche*, semblable à la glycérine et miscible à l'eau; elle se compose de stéarates et de glycérides. » (Lagrange.)

Pour Vassaux et Broca, qui ont publié une étude très détaillée de ces kystes à contenu huileux, cette huile serait la sécrétion sébacée à peu près pure.

Nous avons rapporté dans nos observations (obs. X) un cas de kyste dermoïde à contenu huileux (variété blanche) avec l'analyse concernant ce produit.

D'autres analyses chimiques (Robin, Lutz) ont montré que les glandes sébacées sont bien la source ordinaire de ce liquide kystique.

Examen personnel.

Nous avons pu, grâce à l'aide bienveillante de M. le Professeur agrégé Beauvieux, étudier dans le laboratoire de M. le Professeur Teulière, à la clinique ophtalmologique de l'Hôpital Saint-André, le kyste dermoïde provenant du malade qui a fait l'objet de notre observation IX.

Ce kyste avait le volume d'un œuf de pigeon environ; il était irrégulier et de couleur blanc jaunâtre.

La pièce fut fixée au formol.

Les inclusions furent faites dans la paraffine.

Comme coloration, nous avons employé l'hématoxyline-fuschsine picriquée de van Gieson.

Nous avons alors examiné de nombreuses coupes, faites à différents points de la paroi.

Au *faible grossissement*, nous reconnaissons bien vite la structure générale de la peau avec son derme à l'extérieur et son épiderme tourné vers la lumière de la poche.

Ce premier examen nous permet également de voir que la paroi est d'épaisseur inégale suivant les points. La forme générale de la poche est ovoïde, et c'est aux deux pôles que l'on a le maximum d'épaisseur.

De plus, pour une même épaisseur de la paroi les proportions relatives du derme et de l'épiderme sont également fort variables.

Au *fort grossissement*, l'épiderme se montre d'épaisseur inégale, présentant par endroits dix à douze assises de cellules, et ailleurs quatre ou cinq seulement. On reconnaît une couche desquamante très épaisse et hyperkératosique. Dans la lumière, on trouve de nombreuses lames cornées desquamées.

On ne distingue bien que les cellules de la couche génératrice et deux ou trois rangées de cellules épineuses. Les noyaux sont arrondis ou ovalaires, mais ils sont très foncés et leur rétraction en rend l'étude difficile.

La couche génératrice repose sur un chorion conjonctif dense, pauvre en cellules, et qui est le siège d'une infiltration modérée de cellules migratrices (signe d'inflammation chronique).

Nous n'avons pas rencontré de follicules pileux, ni de papilles dermiques.

CHAPITRE IV

PATHOGENIE

Nous allons rappeler succinctement la constitution de l'orbite et quelques notions d'embryologie qui nous faciliteront la compréhension de la pathogénie des kystes dermoïdes que nous étudions.

I. — Anatomie de l'orbite.

Cette cavité présente quatre parois : supérieure, inférieure, interne et externe.

La paroi supérieure, ou *voûte orbitaire*, est constituée d'avant en arrière par la partie horizontale du frontal et par la petite aile du sphénoïde.

La paroi inférieure, ou *plancher de l'orbite*, est formée par trois os : la face orbitaire de l'apophyse pyramidale du maxillaire supérieur dans les deux tiers internes environ de cette paroi; l'apophyse orbitaire de l'os malaire en dehors du maxillaire et en avant; enfin l'apophyse orbitaire du palatin qui occupe en arrière du maxillaire l'extrémité postérieure de la paroi inférieure de l'orbite.

La paroi interne se compose de quatre pièces osseuses qui sont d'avant en arrière : 1° le segment de l'apophyse montante du maxillaire supérieur, placé en arrière de la crête lacrymale antérieure; 2° l'unguis; 3° l'os planum; 4° le segment latéral du corps du sphénoïde situé en avant des racines des ailes de cet os.

La paroi externe comprend, dans ses deux tiers postérieurs, la face orbitaire de la grande aile du sphénoïde. La paroi est

complétée en avant par l'apophyse orbitaire de l'os malaire, l'apophyse orbitaire du frontal et la partie attenante de la fossette lacrymale du frontal.

II. — Rappel embryologique.

Si nous examinons un embryon de 18 à 20 jours tel que l'embryon M de His qui présente encore une courbure ventrale très accusée, nous distinguons, au-dessus de la saillie cardiaque, la bouche primitive; de chaque côté de cette dernière part une fente oblique qui rejoint la vésicule oculaire primitive : c'est le *sillon orbito-nasal*. Sous la bouche primitive se trouve un bourrelet : l'*arc mandibulaire*; de chaque côté, les *fentes branchiales* et les premiers *arcs branchiaux*. La cavité de la bouche primitive est surplombée par le *bourgeon frontal*.

Sur l'embryon 15 de His, de 23 jours environ, l'on peut voir sur la face inférieure du bourgeon frontal les *bourgeons nasaux* droit et gauche qui descendent verticalement, séparés par une échancrure médiane, et sur les parties latérales de l'arc mandibulaire les *bourgeons maxillaires supérieurs* qui se dirigent l'un vers l'autre pour fermer peu à peu l'ouverture buccale.

Entre le bourgeon nasal et le bourgeon maxillaire supérieur existe la *fente orbito-nasale*.

Sur l'embryon à un stade plus avancé : 16 de His, par exemple (12 mm. 5), les fentes orbito-nasales se combrent par la soudure des bourgeons nasaux externes et maxillaires supérieurs et elles deviennent les sillons lacrymo-nasaux qui, avec leurs variantes, vont nous permettre d'expliquer la plupart des kystes dermoïdes de l'orbite et leurs différentes localisations.

En effet, le sillon lacrymo-nasal, très apparent chez l'embryon humain, dès 4 ou 5 millimètres, s'arrête, en arrière, au niveau du bord inférieur de l'œil; mais il arrive parfois que le globe oculaire se trouve dépassé par cette incisure inter-

LEGENDE

DES FIGURES DE LA PLANCHE CI-CONTRE.

FIG. 1. — Embryon humain (n° 16, de HIS).

On voit le sillon lacrymo-nasal qui se poursuit en arrière du globe oculaire.

FIG. 2. — Embryon humain (début du deuxième mois).

Variante de la disposition précédente. Incisures ectodermiques disposées en sens radiaire autour du globe oculaire.

FIG. 3. — Squelette de l'orbite (d'après CUSSET).

En haut : frontal. A gauche : os nasal et apophyse montante du maxillaire supérieur. A droite : os malaire.

La ligne plus accentuée, qui traverse d'un angle à l'autre, montre le siège d'élection des kystes dermoïdes de la région. Elle représente la trace des fentes fronto-maxillaire et naso-maxillaire.

FIG. 4 (d'après CANGE et ARGAUD). — Surface latérale externe de la cavité orbitaire droite d'un embryon humain de 80 millimètres (fin du troisième mois).

1 : os frontal. — 2 : os malaire. — 3 : os maxillaire supérieur.

La flèche indique l'hiatus par où a pu s'insinuer un kyste orbito-temporal.

FIG. 5. — Kyste dermoïde occupant la partie supéro-externe de l'orbite (obs. II). On remarque l'adhérence de la tumeur au squelette (d'après Lagrange).

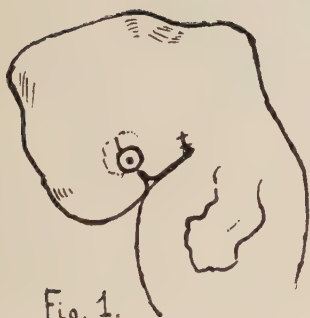


Fig. 1.

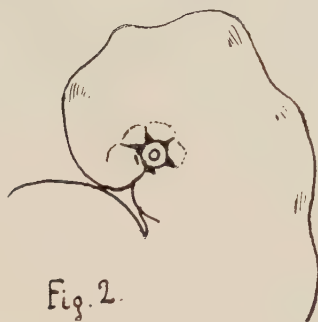


Fig. 2.

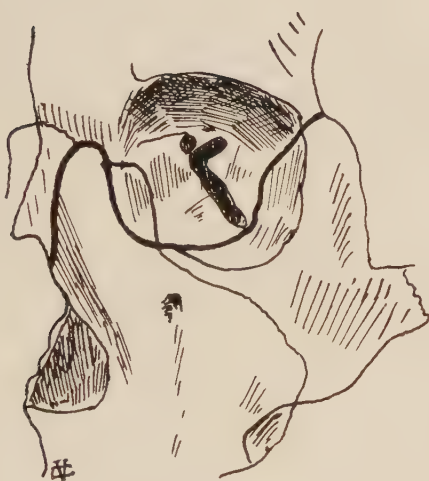


Fig. 3.



Fig. 4.

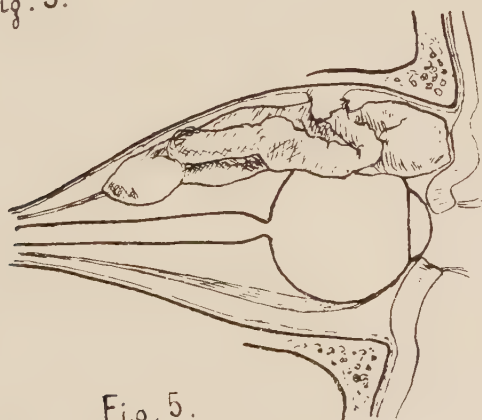


Fig. 5.

fronto-maxillaire (fig. 1). Cette disposition a été souvent représentée, entre autres, sur l'embryon 46 de la nomenclature de His dont nous parlions plus haut; on comprend, dès lors, aisément la production d'un kyste rétro-oculaire, par inclusion ectodermique.

« D'autre part, il arrive fréquemment que l'ectoderme se trouve entaillé, dans un sens radiaire, autour du globe oculaire, donnant ainsi à l'ensemble un aspect de corolle (fig. 2). Les inclusions peuvent alors s'effectuer autour de chaque incisure, d'où la diversité topographique des kystes dermoïdes de l'orbite. » (CANGE.)

Il faut encore que nous nous arrêtions sur quelques points particuliers du développement de la face, points avec lesquels sont en rapport les variétés de kystes biloculaires.

1° FORMATION DE L'OS MALAIRE. — Il apparaît au cinquante-sixième jour seulement, sous la forme d'un petit nodule triangulaire au-dessous et en dehors de l'œil. Au cinquante-huitième jour, il possède quatre angles et donne bientôt naissance à des apophyses qui entourent en partie l'orbite. L'une d'entre elles s'avance vers le maxillaire, l'autre vers le temporal (fig. 4).

2° FORMATION DU CORONAL. — Cet os commence à se développer vers le quarantième ou cinquantième jour de la vie intra-utérine. Son apophyse orbitaire n'apparaît que dans la neuvième semaine. Au commencement du quatrième mois, cette apophyse est encore largement séparée de l'apophyse orbitaire de l'os malaire.

Les *sinus frontaux* se développent toujours après la naissance; ils sont formés par l'extension dans la partie correspondante du frontal des cellules ethmoïdales antérieures. Cet envahissement commence de la quatrième à la sixième année. Ils atteignent seulement, vers 15 ou 20 ans, leur complet développement.

3° FORMATION DU MUSCLE TEMPORAL. — Il faut avoir affaire à un embryon d'au moins 20 millimètres (troisième mois) pour pouvoir reconnaître les muscles masticateurs qui déri-

vent du mésoderme de l'arc mandibulaire. A ce stade, le muscle temporal est extrêmement grêle et tout petit par rapport aux dimensions du crâne. Ce n'est que tardivement qu'il augmentera de volume et s'étalera en surface.

Ce rappel anatomique et embryologique étant fait, nous en arrivons à la pathogénèse des kystes dermoïdes orbitaires.

Pour les expliquer, trois théories furent successivement émises :

- 1° La diplogénèse par inclusion;
- 2° L'hétérotopie plastique;
- 3° L'enclavement.

Les deux premières ne présentent plus qu'un intérêt historique; nous nous arrêterons plus longuement sur la dernière.

1° THÉORIE DE LA DIPLOGÉNÈSE PAR INCLUSION. — Le fait essentiel, dans cette théorie, consiste à considérer le kyste comme un individu primitivement distinct et sa formation comme le résultat d'une monstruosité. Celle-ci, d'ailleurs, pouvant se comprendre de deux façons : soit par inclusion d'un très jeune embryon dans un autre antérieurement conçu et plus développé, soit par la conception de deux embryons jumeaux dont l'un, après un certain temps de développement parallèle à celui de l'autre, se serait arrêté dans son évolution.

Cette doctrine servit d'abord à expliquer les monstruosité où la duplicité est évidente (monstres doubles de Geoffroy Saint-Hilaire).

La théorie de la diplogénèse par inclusion, soutenue principalement par Pigné (Soc. anat., 1846), fut battue en brèche par Lebert et, plus tard, Broca. Ce dernier auteur lui fit des objections de valeur inégale. L'une d'elles est tirée de la nature du contenu des kystes dermoïdes qui ne représente pas, dans la majorité des cas, des restes authentiques du fœtus. Il cite à ce propos les *trois cents* dents du kyste de Ploucquet, ce qui supposerait, pour les expliquer, au moins dix germes inclus dans un onzième.

« Il s'en faut donc, dit Lannelongue, que cette théorie soit

applicable à tous les cas, et même qu'elle en puisse expliquer un grand nombre d'une façon satisfaisante.

» En effet, si l'on peut admettre l'inclusion d'un fœtus dans un autre pour quelques cas tout à fait exceptionnels dans lesquels on a trouvé des fœtus complets et parfaitement reconnaissables, il n'en est plus de même pour les kystes dermoïdes proprement dits, et pour la plupart des faits rapportés à l'inclusion, il faut un grand effort d'imagination et beaucoup de bonne volonté pour reconnaître dans un petit sac formé de peau, souvent même sans papilles ni glandes sudoripares, le représentant d'un individu distinct... Les organes qu'on y rencontre sont le plus souvent informes et incomplets... Enfin, le fœtus enkysté est complètement étranger à l'organisme maternel; au bout d'un certain temps, ses éléments anatomiques subissent des altérations remarquables d'atrophie et de mortification, au lieu que la tumeur dermoïde continue à vivre de la vie commune et à se développer sans que les propriétés de ses éléments se modifient. C'est là une différence fondamentale entre ces deux produits : le *fœtus enkysté est un cadavre, la tumeur dermoïde est une partie vivante.* »

En résumé, la théorie de la diplogénèse par inclusion est en désaccord avec plusieurs particularités importantes de structure que présentent les tumeurs orbitaires que nous étudions et, par suite, elle est inacceptable.

2° THÉORIE DE L'HÉTÉROTOPIE PLASTIQUE. — Lebert, son créateur, la formule ainsi en août 1852, dans son mémoire qu'il communiqua à la Société de biologie : « Beaucoup de tissus simples ou composés et des organes plus complexes même peuvent se former de toutes pièces dans des endroits du corps où, à l'état normal, on ne les rencontre pas. »

Lebert combattait surtout la théorie précédente qu'il n'admettait que dans le seul cas où les tumeurs présentaient des vestiges reconnaissables d'un embryon.

Plus loin, il disait : « ... En un mot, pour nous, l'épiderme, le derme, les poils, les glandes sudoripares, les glandes

sébacées, les dents et les os, qui se forment dans les kystes, se produisent dans l'immense majorité des cas, d'une façon autogène et spontanée. *Il y a là une aberration de la nutrition, mais non un produit de conception.* »

« En tout cas, la distinction n'est nullement tranchée entre les faits justiciables de l'hétérotopie et ceux qui relèvent de l'inclusion; il y a des formes de transition qui relient étroitement les monstruosité proprement dites aux kystes dermoïdes, si bien qu'on aurait pu demander à Lebert où il fait finir l'inclusion, où il fait commencer l'hétérotopie. » (Lanelongue et Achard.)

Cette doctrine n'explique pas la congénitalité si fréquemment indubitable de ces productions et devant laquelle Lebert lui-même s'inclinait. Elle n'explique pas davantage pourquoi ces kystes ont des sièges de prédilection si bien définis. Elle ne rend pas compte non plus des adhérences si fréquentes avec les parties voisines, et en particulier avec le squelette.

En somme, et c'était l'avis de Verneuil : on pouvait accepter cette hypothèse..., faute de mieux.

Nous avons mieux aujourd'hui : c'est la théorie de l'enclavement à laquelle nous arrivons maintenant.

3^e THÉORIE DE L'ENCLAVEMENT. — Verneuil, le premier, l'exposa sommairement. Voici le texte que nous empruntons au *Bulletin de la Société anatomique de Paris* du mois d'août 1852 : « M. Verneuil explique la fréquence des kystes pileux aux environs de l'orbite, du sourcil..., par le développement même de la face de l'embryon. A un moment donné, la bouche, le nez, les yeux, communiquent tous entre eux à l'aide d'une grande fente (fente fronto-maxillaire) qui les réunit et au fond de laquelle existe un repli cutané; ces kystes peuvent se développer aux dépens de ce repli. »

C'est souvent à Remack que cette théorie est attribuée sous le nom d'invagination de Remack (die Remack'schen Einstülpung). Or, dans le travail de cet auteur, il n'est point question des kystes dermoïdes.

Dans la théorie de l'enclavement, la cavité dermoïde est

une ectopie du tégument externe dans le feuillet moyen; mais, dans ce siège anormal, le tégument jouit de toutes ses propriétés et peut donner naissance à tous ses produits ordinaires. « De la sorte, les kystes dermoïdes ressemblent aux blocs erratiques des géologues, fragments détachés de roches lointaines dont ils présentent tous les caractères, complètement étrangers aux terrains qui les portent, et sur lesquels on a vu parfois croître des espèces végétales semblables à celles de leurs rochers d'origine. » (Heschl.)

Le petit sac enclavé au milieu des tissus de l'embryon comprend non seulement les éléments épithéliaux, mais encore des éléments sous-jacents, dermiques, par où lui viennent les vaisseaux nourriciers.

« On comprend aisément que le sac tégumentaire ectopié puisse être plus ou moins profond, selon le moment où se produit le trouble de développement. C'est d'abord une digitation, un bourgeon creux qui s'enfonce de l'épiblaste dans l'hypoblaste; pendant une certaine période, ce fragment cutané adhère à la peau par un pédicule qui s'amincit et se rompt. L'évolution du fœtus, en s'accroissant, éloigne la peau de plus en plus de ce fragment perdu et à jamais isolé de son lieu d'origine.

» L'évolution du petit kyste dermoïde, ainsi commencée, peut d'ailleurs être plus ou moins rapide; souvent, elle est très longue ou nulle pendant une longue période; puis, au moment de la puberté, ou sous l'influence d'un traumatisme ou même sans cause connue, cette évolution devient de nouveau rapide, et le petit sac cutané ectopié se change en un kyste volumineux. » (Lagrange.)

On voit donc que cette évolution ainsi comprise, au moyen de la théorie que nous venons de développer, n'a rien qui soit contraire aux faits observés.

Si cependant on voulait des preuves plus objectives du mécanisme de l'enclavement, on les trouverait dans les expériences qui furent faites sur certaines greffes : tumeurs perlées de l'iris de Rothmund; greffe intrapéritonéale de segments

de membres et de lambeaux de peau chez de jeunes rats, tentée par Masse, de Bordeaux, qui obtint en deux mois et demi de véritables kystes dermoïdes pileux. On en a également obtenu en transplantant sous la peau de jeunes cobayes des lambeaux cutanés. Enfin, nous mentionnerons les cas d'inclusion traumatique.

Le mécanisme général de formation des kystes dermoïdes étant ainsi admis, nous allons maintenant étudier les conditions spéciales qui interviennent pour leur développement au niveau de la cavité orbitaire.

Les kystes dermoïdes de cette région, comme d'ailleurs ceux du sourcil, s'expliquent aisément par un accident survenu dans l'occlusion de la fente fronto-maxillaire qui sépare le bourgeon frontal du premier arc branchial ou arc mandibulaire. Cette fente ne s'oblitére que dans sa partie postérieure, tandis que sa moitié antérieure livre passage à un prolongement des lobes antérieurs du cerveau (vésicule oculaire), et constitue la cavité orbitaire. « On voit, chez l'adulte, les traces persistantes de cette fente, sous forme d'une ligne sinueuse située sur le plancher de l'orbite et reliant la soudure de la branche montante du maxillaire supérieur avec le frontal, d'une part, à celle de l'os malaire avec l'apophyse externe du frontal d'autre part (V. fig. 3). C'est sur ce trajet qu'on voit se développer les kystes dermoïdes intra ou péri-orbitaires. » (Cusset).

Grâce à cette explication, on conçoit fort bien que si le pincement du tégument externe est superficiel, il en résulte seulement une adhérence plus ou moins solide de la paroi kystique au squelette. Si le pincement est profond, le trouble du développement retentira également sur le squelette et l'on observera sur celui-ci une dépression osseuse de profondeur variable; il pourra se faire, si le tégument s'enfonce encore plus profondément, que le kyste s'engage dans le squelette par un prolongement pédiculaire ou même, à la limite, en résulter une tumeur à deux bosselures.

Ces kystes biloculaires existent, et nous en connaissons trois variétés :

a) *Fronto-orbitaire* (obs. VI). — Dans ce cas, le pincement de l'invagination ectodermique a été suffisamment profond pour que l'une des poches se développe dans l'orbite et l'autre dans le diploé;

b) *Cranio-orbitaire* (obs. VII). — Ici l'invagination a été un peu plus profonde; il existe un diaphragme de la paroi osseuse et la poche extraorbitaire est en contact avec la dure-mère.

La disposition radiaire que représente notre figure 2 fait comprendre la formation de ces kystes biloculaires surtout si l'on se rappelle le développement tardif du frontal;

c) *Temporo-orbitaire*. (obs. VIII). — La poche orbitaire est expliquée par une inclusion ectodermique au niveau du prolongement rétro-oculaire du sillon lacrymo-nasal; nous avons vu (fig. 1) que c'est une disposition qu'on rencontre assez souvent. Cette poche, se développant, a pu envoyer un prolongement dans l'hiatus mésenchymateux séparant l'os malaire de l'os frontal, hiatus qui existe encore au quatrième mois. Plus tard, les apophyses orbitaire et malaire, marchant l'une vers l'autre, ont été obligées de respecter la portion kystique interposée, formant ainsi une sorte de diaphragme autour d'elle.

Quant au kyste *sinuso-orbitaire*, dont nous avons apporté une observation (obs. IX), son explication est tout autre : il ne peut s'agir que d'un kyste de l'orbite ayant pénétré secondairement dans le sinus frontal après destruction de la voûte orbitaire. Nous avons vu, en effet, que les sinus frontaux ne se développaient que plusieurs années après le moment où peuvent se produire les enclavements ectodermiques.

CHAPITRE V

SYMPTOMATOLOGIE

Les kystes dermoïdes, qui occupent l'intérieur de l'orbite, peuvent résulter de l'extension de tumeurs primitivement superficielles qui contournent ensuite le rebord orbitaire; mais, le plus souvent, elles se sont développées primitivement sur place.

Ils peuvent occuper un point quelconque de la cavité orbitaire, mais leurs sièges d'élection sont les angles. Les auteurs ne sont pas d'accord sur le côté où la fréquence est la plus grande; Cusset indique la paroi externe, mais il est vraisemblable qu'il a fait entrer en ligne de compte des kystes de la queue du sourcil. La statistique de Berlin, qui paraît mieux répondre à la réalité, donne les chiffres suivants : côté interne, 53 p. 100; côté temporal, 24 p. 100; plancher de l'orbite, 15 p. 100.

Leur *forme* est variable suivant leur siège : les kystes rapprochés du pourtour orbitaire sont généralement arrondis; ceux qui sont plus profonds présentent un aspect ovoïde ou cylindroïde (obs. II).

La *surface* peut être lisse et régulière, mais parfois elle offre une apparence mamelonnée, telle que le montre notre figure 5 qui représente la tumeur de l'observation II.

Le *volume* des kystes varie de la grosseur d'un pois à celle d'une grosse orange. Ceux de Bogatsch et de Cohn s'étendaient jusqu'au sommet de l'orbite.

Leur *consistance* est plus ou moins molle, souvent rénitente, parfois fluctuante.

Leurs rapports avec les organes voisins sont variables : généralement, ils font saillie par une de leurs extrémités

entre le globe oculaire et le rebord orbitaire; c'est d'ailleurs cette saillie qui est, presque dans tous les cas, le premier signe perçu par le malade. A ce niveau, le *kyste* est en contact avec la peau, mais celle-ci est complètement indépendante de lui; elle n'est modifiée ni en couleur, ni en épaisseur.

De même, il est de règle, sauf dans les cas très avancés, qu'il ne se forme pas d'adhérences entre la tumeur et le *bulbe oculaire*. Ce dernier conserve sa mobilité et une nappe celluleuse empêche ses mouvements de se transmettre au kyste (Cange).

Il est évident que les signes cliniques des tumeurs que nous étudions varient beaucoup avec leur volume et la place qu'elles occupent. En se développant, elles entraînent des désordres du côté de l'œil et du côté de la cavité orbitaire.

La *douleur* peut ne pas exister pendant toute la durée de l'affection. Lorsqu'il s'en produit, elle est la conséquence de la compression déterminée par l'accroissement exagéré du kyste.

Plus importantes sont les manifestations oculaires et le retentissement de la tumeur sur la paroi osseuse. Nous allons nous y arrêter quelques instants.

1° LES MANIFESTATIONS OCULAIRES. — Elles sont en rapport direct avec le volume de la formation dermoïde. La principale d'entre elles est l'*exophtalmie*. L'œil est généralement refoulé du côté opposé à la tumeur, mais il arrive qu'une collection latérale, si elle est assez profonde, puisse déterminer une protrusion directe en avant (obs. VIII). Cette exophtalmie peut être très importante (obs. VI) ou même poussée à la limite (obs. VII). Elle entraîne souvent de la diplopie, des troubles dans le fonctionnement des muscles oculaires et de la lagophtalmie.

Des *troubles divers de la réfraction* ont aussi été signalés: myopie, hypermétropie. Notre observation IV montre un cas d'astigmatisme de 2 D 50 qui disparut avec l'enlèvement de la tumeur.

Le *nerf optique* supporte assez bien le voisinage du kyste, mais si ce dernier se développe trop ou trop vite, la compression du nerf peut entraîner une diminution de l'acuité visuelle. On connaît des cas où l'acuité ainsi affaiblie rede-vint normale après l'opération (Testelin).

On a aussi observé de l'infiltration chronique du nerf optique et de la rétine, due à la compression (obs. de Lopez).

Cange signale comme complications exceptionnelles : la kératite par lagophthalmie et l'anesthésie transitoire, par compression, dans le domaine de la branche ophtalmique de Willis.

2° LE KYSTE DERMOÏDE ET LA PAROI OSSEUSE. — Leurs rapports peuvent présenter cinq modalités différentes : a) simple contiguïté; b) adhérence; c) dépression; d) enclavement; e) perforation.

a) *Contiguïté*. — Ce cas est représenté par notre figure 5 (obs. II). Il existait une union circonscrite et assez lâche du kyste avec le squelette, et c'est par ce pédicule qu'arrivaient les vaisseaux nourriciers. Il en est de même dans notre observation IV.

b) *Adhérence*. — Ici, au lieu d'un pédicule, c'est une suture serrée et étendue qui réunit la paroi kystique au plan osseux voisin. La malade de M. le Professeur Beauvieux (obs. III) nous en a montré un bel exemple. L'observation V nous en fournit un second.

c) *Dépression*. — La paroi osseuse ne présente plus sa constitution normale; on y trouve des godets, des dépressions cupuliformes ou des échancrures (obs. I).

d) *Enclavement*. — On a ainsi une cavité véritable plongeant dans l'os et contenant une partie du kyste. La cavité osseuse peut être creusée dans l'épaisseur de l'os, si bien que la poche dermoïde intraosseuse et la poche sous-cutanée forment un ensemble qui présente l'aspect d'un abcès en bouton de chemise. Nous avons rapporté un cas de kyste fronto-orbitaire (obs. VI) qui nous donne un exemple d'enclavement.

e) *Perforation*. — C'est un stade plus avancé. L'excavation intéresse toute l'épaisseur de l'os. Une des poches se développe alors dans l'orbite et l'autre en dehors d'elle.

Suivant le lieu où siégera la perforation, on pourra avoir : *en haut*, un kyste biloculaire *cranio-orbitaire* (obs. VII); dans ce cas, la paroi du kyste sera en contact avec la dure-mère, qu'elle aura refoulée, et par son intermédiaire avec le cerveau, déterminant ainsi des phénomènes cérébraux divers : céphalée, troubles digestifs, perte de la mémoire, inattention au travail, somnolence.

Si la perforation est du *côté externe*, le kyste sera *orbito-temporal* (obs. VIII). La partie extra-orbitaire de la tumeur provoquera une tuméfaction de la région temporale.

Si l'on fait l'hypothèse d'une perforation du *côté interne* de l'orbite, on obtiendrait une variété *naso-orbitaire*, mais jusqu'ici on n'en trouve aucun cas dans la littérature médicale.

Il est bien entendu que les encoches, ou les pertes de substance que nous venons de décrire, ne sont pas la conséquence d'une usure de l'os, telle que pourrait en provoquer un anévrysme, par exemple; elles résultent du trouble apporté à l'évolution normale du squelette par la tumeur dermoïde intempestivement développée à son niveau.

Dans notre cas de kyste sinuso-orbitaire, au contraire, la tumeur, ne trouvant pas dans l'orbite la place suffisante à son développement, a usé peu à peu, par pression excentrique, la paroi supérieure de l'orbite et pénétré ainsi dans le sinus frontal.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

Le diagnostic du kyste dermoïde de l'orbite est généralement facile : il est basé sur les caractères de la tumeur, sur son mode de développement et sur l'exophtalmie, quand elle existe; mais il arrive que cette dernière soit le seul symptôme, la tumeur n'étant pas apparente et, dans ce cas, on peut se trouver en face des plus grosses difficultés.

I. — La tumeur est apparente.

Cette tumeur, petite le plus souvent, fait saillie entre l'œil et le pourtour orbitaire, de préférence du côté interne, soulevant la peau qui n'est pas modifiée, ni en épaisseur, ni en couleur. Le kyste ne présente pas d'adhérences avec elle.

Au contraire, il y a assez souvent *adhérence avec le squelette*, ce que l'on reconnaît en essayant de mobiliser la tumeur. Parfois, le doigt perçoit une encoche osseuse.

La *consistance* du kyste dermoïde est mollassse et inégale, quelquefois fluctuante.

L'*épaisseur de la poche* a été indiquée comme un bon signe diagnostic par le Professeur Lagrange : « En prenant la tumeur entre deux doigts, et même par la simple palpation, on arrive bien à distinguer que cette paroi présente une consistance assez ferme et une certaine épaisseur. »

Le *développement de la tumeur* a une grosse importance. C'est un accroissement lent, insidieux, avec parfois une petite poussée un peu plus rapide. L'âge du sujet ne donne pas d'indications utiles : nous avons dans nos observations des malades de 6 mois (obs. II) et de 63 ans (obs. III). Quand les malades ont présenté un kyste dermoïde dès leur jeunesse,

il y a souvent eu un accroissement notable au moment de la puberté. La tumeur peut également rester longtemps stationnaire : quarante-deux ans dans notre observation V.

Enfin, ce développement ne s'accompagne pas de phénomènes inflammatoires, et la douleur n'apparaît qu'à un stade avancé.

L'exophtalmie : Son intérêt comme élément de diagnostic est secondaire quand la tumeur est apparente. La protrusion de l'œil est d'autant plus accentuée que le volume de la tumeur est plus grand. Le globe oculaire est repoussé dans une direction diamétralement opposée à celle du kyste. Cette exophtalmie est unilatérale, stable, s'accroissant lentement.

Quand la tumeur est apparente, le *diagnostic différentiel* est à faire avec quelques affections :

Dans le *kyste sébacé*, la tumeur s'est développée au niveau d'une glande sébacée de la peau extérieure : il y a donc adhérence avec elle. De plus, ce kyste est bien plus superficiel que le dermoïde ; il est moins volumineux, et sa poche est moins épaisse ; enfin, bien que ce ne soit pas un signe constant, on trouvera le plus souvent un petit point noir marquant l'ouverture obstruée du conduit glandulaire.

Les *kystes séreux* congénitaux s'accompagnent généralement de microphthalmie ; ils siègent du côté des voies lacrymales, dont ils sont une émanation, et font saillie au niveau de la paupière inférieure sous l'aspect d'une vésicule bleuâtre.

L'*encéphalocèle* peut prêter à confusion avec le kyste dermoïde ; elle s'en distingue par les signes suivants :

1° Elle siège immobile sur les os à la partie supéro-interne de l'orbite. Il n'est pas rare qu'au moyen du doigt l'on puisse sentir l'ouverture osseuse par laquelle la hernie communique avec la boîte crânienne ;

2° Dans l'*encéphalocèle*, les pulsations sont transmises à la tumeur, ainsi que les impulsions de la toux ;

3° Elle est réductible, et cette réduction fait apparaître parfois des symptômes d'augmentation de la pression intracrânienne : vertige, nausées, etc. ;

4° La ponction (qui nécessite une asepsie rigoureuse) donne issue au liquide céphalo-rachidien.

Les *ostéomes* et les *fibromes de l'orbite* sont très rares. Ce sont des tumeurs à évolution lente et qui, lorsqu'elles sont accessibles à la palpation, présentent une fermeté, une dureté, tout à fait particulières.

Les *kystes à entozoaires*, hydatique et à cysticerque, sont d'un diagnostic difficile. Cependant, la douleur précoce qu'ils engendrent nous les fera écarter.

Mais le départ pourra être fort difficile à faire entre une exophtalmie due à un kyste dermoïde de la région supéro-interne de l'orbite et celle résultant d'une *mucocèle du sinus frontal*. Cependant, la première sera le plus souvent dirigée en bas et en avant, tandis que la seconde le sera en bas et en dehors. On complétera l'examen en recherchant les signes rhinologiques et en pratiquant la transillumination des sinus frontaux.

II. — La tumeur n'est pas apparente.

Dans ce cas, l'*exophtalmie* devient le signe capital, et elle doit être étudiée attentivement. On devra se renseigner sur l'époque de son apparition, sur la vitesse de son accroissement. Cette vitesse peut être mesurée au moyen d'un exophtalmomètre, petit appareil qui prend point d'appui sur le rebord orbitaire. Une cupule s'appliquant sur le globe oculaire (après anesthésie) correspond à une réglette sur laquelle on peut lire, en chiffres, le degré de la protrusion. Plusieurs mensurations successives permettront de mesurer la rapidité d'évolution.

L'*unilatéralité* de cette exophtalmie permet de la différencier rapidement des protrusions bilatérales des yeux, telles que celle de la *maladie de Basedow*, où d'autres signes, d'ailleurs, viendraient en aide au médecin.

De même, on écartera les exophtalmies survenues rapidement après un traumatisme ou après un effort de toux (coqueluche).

L'*irréductibilité* de l'exophtalmie du kyste dermoïde, l'absence de souffles et de pulsations, son invariabilité, la différencient de celles qui reconnaissent une origine vasculaire (angiome, varice, varicocèle, anévrysme).

L'absence de phénomènes inflammatoires fera rejeter les diagnostics de périostite orbitaire, ténonite, phlegmon de l'orbite.

Les *sarcomes*, aussi bien celui du contenu de l'entonnoir musculaire que celui de la paroi orbitaire, devront également être écartés; leur diagnostic est souvent délicat au début, et pourtant c'est à cette époque qu'ils doivent être identifiés et opérés. On pourra se guider sur la rapidité habituelle de leur développement et la précocité des douleurs qu'ils entraînent.

CHAPITRE VII

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

I. — Pronostic.

Le *pronostic* des kystes dermoïdes de l'orbite est bénin, si l'on envisage la nature anatomo-pathologique de ces tumeurs. Leur évolution lente, insidieuse, sans fracas, est la plus habituelle; aussi le seul inconvénient qui résulte de la présence de ces tumeurs consiste-t-il surtout dans la difformité qu'elles occasionnent.

Mais cette bénignité n'est que relative, si l'on songe à ce qui peut se produire dans les stades ultimes du développement du kyste; celui-ci, en effet, peut acquérir un gros volume, envahir toute la cavité orbitaire, englober le nerf optique, le bulbe oculaire, les muscles, les nerfs, entraîner des phénomènes douloureux, une exophtalmie accentuée, des paralysies musculaires, une diminution plus ou moins considérable de la vision et des désordres osseux.

Notre observation I a montré l'état grave auquel était arrivée une malade qui, dix-neuf ans plus tôt, avait refusé l'exérèse de son kyste.

Enfin, en temporisant, on risque de voir se produire une dégénérescence suppurative du contenu, éventualité toujours grave.

Le traitement est donc toujours indiqué; nous allons maintenant l'étudier.

II. — Traitement.

Le *traitement* des kystes dermoïdes intra-orbitaires est, d'une façon générale, soumis aux mêmes règles que celui de

tous les kystes du même nom. C'est l'*extirpation totale* qui doit être faite.

Les anciens traitements tels que la ponction simple suivie d'une injection irritante ou la simple incision du kyste avec drainage ultérieur sont à rejeter, car ils n'empêchent pas la récurrence. Or, c'est la crainte de celle-ci qui fait que le chirurgien doit attacher tous ses soins à l'enlèvement complet de la poche kystique; « ... quand l'opération sera terminée, pour être bien certain de n'avoir laissé aucun fragment de la paroi dans la cavité, il sera bon, suivant le conseil de Nélaton, de s'assurer, au moyen d'un stylet introduit dans la poche, que celle-ci ne présente aucune ouverture capable de livrer passage à l'extrémité du stylet et que, par conséquent, l'extirpation de la paroi a été bien complète. » (Lagrange.)

Il ne faudra pas hésiter à faire une incision cutanée assez longue; celle-ci permettra de bien aborder la tumeur par son pôle antérieur et par ses côtés.

Cette *incision* passera par l'origine de la paupière inférieure pour les tumeurs du plancher de l'orbite. Pour celles de la partie supérieure de cette cavité, il vaudra mieux faire une canthotomie et relever la paupière avec un écarteur, car il faut éviter la moindre lésion du releveur de la paupière supérieure ou de son tendon sous peine de ptosis ultérieur.

Le plus souvent, quand on aura à extirper un kyste un peu volumineux ou assez profond ou que cette extirpation ne sera pas facile par les parties molles, on sera obligé d'utiliser la voie transosseuse, et c'est là l'une des indications les plus nettes de l'*opération de Krönlein* (résection cunéiforme de la paroi orbitaire externe).

Signalons la modification apportée par le Professeur Lagrange au procédé de Krönlein (mobilisation du volet ostéopériostique permettant de récliner l'œil en dehors), et qui sera à utiliser lorsque le kyste siègera en dedans, entre le globe oculaire et le nerf optique d'une part et la paroi interne de l'orbite, d'autre part.

Le principe de l'extirpation complète étant bien posé, il

convient de lui apporter un correctif nécessaire; le Professeur Lagrange l'énonce en ces termes : « Une seule exception sera faite au principe de l'ablation complète de la poche; elle concerne la suppuration du kyste et l'ulcération de la paroi interne; dans ce cas, même par la voie transosseuse, la dissection de la poche enflammée est difficile, dangereuse même, par les délabrements orbitaires qu'elle entraîne, et le procédé le plus avantageux consiste dans l'ablation de toute la partie antérieure de la poche, le curettage de sa paroi et le drainage de la cavité, qui s'oblitére assez vite lorsque tous les éléments dermiques ont été éliminés. »

Ces opérations, déjà délicates, deviennent encore plus laborieuses dans les cas de *kystes biloculaires*. Il vient s'ajouter aux complications résultant de leur siège profond et de leurs connexions avec le bulbe et ses annexes l'existence dans les régions circonvoisines d'un prolongement dont il faut nécessairement poursuivre l'extirpation complète.

A chaque variété de ces kystes biloculaires correspondent des difficultés opératoires propres, par exemple : risques d'effondrer la dure-mère, de dilacérer la substance cérébrale en disséquant la poche cranienne des kystes cranio-orbitaires; dangers de l'extirpation, en raison de la grande vascularité de la région, de la partie temporale d'un kyste orbito-temporal.

Ainsi donc nous sommes loin de l'intervention simple et exempte de tout danger que constitue l'ablation d'un kyste dermoïde de la queue du sourcil ou du pourtour orbitaire. Nous savons bien, certes, qu'il est des cas de kystes intra-orbitaires dont l'exérèse est des plus simples, mais il n'en est malheureusement pas toujours de même; ces jours derniers, encore, M. le Professeur Beauvieux, nous rappelant le cas de sa malade de 1922 (obs. III), insistait sur les difficultés opératoires qu'il avait rencontrées. Il faut, nous disait-il, que le chirurgien qui s'attaque à une tumeur de cette espèce s'attende au pire. Tel kyste que l'on pensait relativement superficiel se prolonge jusqu'au fond de l'orbite. Tel autre

qu'on supposait relié à la paroi par un mince pédicule se montre étroitement adhérent.

Il faudra craindre l'écoulement du sang, le danger d'ouvrir le kyste, la sortie subite de son contenu lorsqu'il est déchiré accidentellement, l'impossibilité presque complète de l'extraire en totalité quand il est vide et affaissé.

Nous y ajouterons encore les complications qui peuvent résulter de la blessure des vaisseaux, des muscles, des filets nerveux et même du nerf optique (obs. V), d'autant plus difficiles à ménager que le foyer opératoire devient plus profond et plus étroit.

CONCLUSIONS

I. — Le kyste dermoïde de l'orbite est rare.

Les kystes biloculaires sont l'exception; le cas de tumeur dermoïde intrasino-orbitaire que nous avons rapporté est, à notre connaissance, le seul publié.

II. — Les uns comme les autres sont d'origine congénitale et produits par un enclavement ectodermique lors du développement de la face de l'embryon.

III. — Leur diagnostic est facile quand la tumeur est apparente et peut être palpée et lorsqu'on connaît la marche de son accroissement.

Il peut devenir très difficile lorsque l'exophtalmie en est le seul symptôme.

La radiographie ne donne de bons résultats que dans les cas où il y a perforation ou destruction osseuse.

IV. — Bénins par leur nature, les kystes dermoïdes de l'orbite, abandonnés à eux-mêmes, peuvent entraîner de graves désordres.

V. — Une intervention chirurgicale d'exérèse est nécessaire. Elle doit être pratiquée avant que le kyste ait atteint un développement trop considérable.

Elle doit être complète, sous peine de récurrence. Lorsque cette ablation complète est matériellement impossible, la portion restante de la paroi de la poche kystique doit être curettée avec le plus grand soin.

VU : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
M. TEULIERES.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 30 novembre 1931.
Pour le Recteur de l'Académie :
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
C. SIGALAS.

BIBLIOGRAPHIE

- AHLSTRÖM. — Case of dermoid cyst of the orbit. *Festskr. till. M. V. odenius*, Lund 1913, n° 13, 1.
- AXENFELD. — Kommunizierendes temporo-orbitales. Dermoid. *Deutsche med. Wochenschr.*, Leipz. et Berl., 1917, XLII-I, 182.
- BARRIÈRE. — Willkürlicher Exophtalmus (Exophtalmie à volonté), in einem Fall von Dermoidzyste der Orbita. *Klin. Monatsbl. f. Augenh.*, Stuttg., 1912, I, 322-325.
- BEAUVIEUX. — Kyste dermoïde de l'orbite. *Gaz. hebdomadaire des sciences méd. de Bordeaux*, 1922, XIV, 124-126.
- BERLIN. — Statistique sur la localisation des kystes dermoïdes de l'orbite. *Handbuch Graefe-Saemich*, 1880.
- BOGATSCH. — Ein Fall von Dermoidzyste der orbita. *Klin. Monatsbl.*, 1912, 50, p. 477.
- BRINDEL. — Etude sur les kystes et pseudo-kystes des fosses nasales. *Rev. hebdomadaire de laryng.*, 1858.
- BROCA et VASSAUX. — Les kystes dermoïdes à contenu huileux. *Arch. d'ophtalm.*, 1883, p. 318.
- BUCHANAN (Mary). — Case of dermoid of orbit. *Tr. Ophth. Soc. U. Kingdom. Lond.*, 1925, XIV, p. 427.
- BURNS. — Dermoid cyst of the orbit. *Edinburgh Med. Journ.*, 1916, n. s. XVII, p. 165-169.
- CANGE. — Les formes cliniques des kystes dermoïdes de l'orbite et du pourtour orbitaire. *Arch. d'ophtalm.*, Paris, 1924, p. 145-169.
- CANGE et ARGAUD. — Le kyste dermoïde orbito-temporal. *Arch. d'ophtalm.*, Paris, 1923, p. 585-596.
- CASALI. — Cisti dermoïdi dell'orbita a reperto microscopico raro. *Ann. di ottal.*, Pavìa, 1909, p. 273-290.
- CHAVASSE. — Kyste dermoïde à contenu huileux de l'angle interne de l'orbite gauche. *Arch. d'ophtalm.*, Paris, 1901, p. 545.

- CHEVALLEREAU. — Kyste dermoïde de l'orbite. *France méd.*, janv. 1892.
- CHEVALLEREAU et BÉAL. — Kyste dermoïde cranio-orbitaire. *Bull. de la Soc. franç. ophthalm.*, 1896.
- COHN. — Dermoidzyste der orbita. *Zeitsch. f. Aug.*, 1912, 25, p. 485.
- CORNIL et RANVIER. — Structure des kystes dermoïdes. *Traité d'anatomie pathologique*.
- CRUVEILHIER. — *Traité d'anatomie pathologique générale*, t. III, p. 337.
- CUCCO. — Cisti dermoïdi endorbitarie. *Ann. di ottal. e. clin. ocul.*, Roma, 1923, p. 409.
- CUSSET. — Essai sur l'appareil branchial chez les vertébrés et sur quelques affections qui en dérivent chez l'homme. Thèse Paris, 1877.
- DEMARQUAY. — Tumeurs de l'orbite, p. 389.
- DEMONS. — *Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1880, t. VI, p. 54.
- DEMOURS. — *Traité théorique et pratique sur les maladies des yeux*, Paris, 1821, p. 171 et 528.
- DISPA. — Considérations sur les kystes dermoïdes de la région orbitaire. Thèse Lille, 1897.
- DODDS. — Quistes dermoides orbitarios. *Ann. de oftal.*, México, 1913-1914, p. 505-510.
- DUBREUILH (G.). — *Leçons d'embryologie humaine*. Paris, 1929, Vigot frères, édit., p. 71, 273, 284.
- DUYSE (VAN) et VAN LINT. — Kyste congénital orbitaire. *Arch. d'ophthalm.*, Paris, 1922, p. 338.
- FRANKLIN. — Dermoïd cyst of the right orbit. *Indian. Med. Gaz.*, Calcutta, 1912, p. 393.
- FUCHS. — *Manuel d'ophtalmologie*, 1906, traduit par Leplat et Lacompte, p. 769.
- GUYONNET. — Le kyste hydatique de l'orbite. Thèse Bordeaux, 1931.
- JOCQS. — Kyste dermoïde du plancher de l'orbite. *Clin. ophthalm.*, Paris, 1908, p. 331.
- JUNKEN. — *Die Lehre von den Augenkrankheiten*. Berlin, 1836, 2 Aufl., p. 614.

- LAGRANGE. — Traité des tumeurs de l'œil, de l'orbite et des annexes. Paris, 1901-1904.
- LANNELONGUE et ACHARD. — Traité des kystes congénitaux. Paris, 1886.
- LANNELONGUE et LE DENTU. — *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1879, t. IV, p. 865.
- LANNELONGUE et MÉNARD. — Affections congénitales. Paris, 1891, p. 99.
- LANORE (René). — Contribution à l'étude du blépharochalasis. Thèse Bordeaux, 1928, p. 51.
- LAPERSONNE (DE). — Kyste dermoïde fronto-orbitaire. *Arch. d'ophthalm.*, 1893, p. 657.
- Kystes dermoïdes fronto-orbitaires. XVII^e Congrès internat. Londres, août 1913.
- LAWRENCE. — Encysted tumours of the eyelids. *London med. Gaz.*, 1838, p. 471.
- LEBERT. — Des kystes dermoïdes et de l'hétérotopie plastique en général. *Mém. de la Soc. de biol.*, 1852, 1^{re} série, t. V, p. 203-213.
- LEBLANC. — Kyste dermoïde trouvé dans le crâne d'un cheval. *Journ. théor. et prat. de méd. vétér.*, janv. 1831, d'après une analyse du *Rec. de méd. vétér.*, 1831, t. VIII, p. 342.
- LOPEZ. — Kyste sébacé de l'angle supéro-externe de l'orbite. *Ann. d'ocul.*, 1877, p. 36.
- LÜCKE. — Handbuch der Chirurg. V. Pitha-Bilbroth, 1869, Bd. II.
- MAÎTRE-JEAN. — Traité des maladies de l'œil, 1740, p. 404.
- MARCHETIS (Pierre DE). — In Warmont, Thèse Paris, 1858.
- MIKULICZ. — Beiträge zur Genese der Dermoïde am Kopfe, *Wiener med. Wochenschr.*, 1876, n° 39.
- MILLER. — Dermoïd of orbit. *American Journ. ophthalm.*, Chicago, 1921, p. 44.
- MITVALSKY. — Zur Pathologie der circumbulbären Dermöideysten. *Arch. für Augenheilk.*, t. XXXIII, p. 109.
- PANAS. — Traité des maladies des yeux, 1894, t. II, p. 439.
- PARKER. — Report of case of dermoïd cyst of the orbit, producing marked exophthalmos relieved by the Krönlein operation. *Journ. Mich. Med. Soc. Grand Rapids*, 1914, p. 335.

- PERWÖG. — Communicating extra et intra-orbital dermoïd. *Arch. f. Augenh.*, juin 1930, p. 103.
- POLAILLON. — Recueil d'ophtalmologie, 1886.
- POLLOCK. — Dermoïds of the orbit. Tr. Med. Soc. Glasgow, 1905-1907, p. 158.
- PORTMANN et TEULIÈRES. — A propos d'un cas de kyste sébacé intra-sinuso-orbitaire. *Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 1931, n° 4, p. 144.
- POSEY. — Dermoid tumor of inner angle of orbit resembling deformity caused by mucocele of ethmoïd cells. Tr. coll. Phys., Philadelphia, 1913, p. 410.
- RAUEISER. — Ueber kommunizierendes extra und intraorbitale Dermoïd. [Freiburg] 8°, Stuttgart, 1919.
- RÉGNIER. — Essai sur les kystes dermoïdes de la queue du sourcil. Thèse Paris, 1869.
- ROSAS. — Schmidt's Jahrbücher, t. XXXV, p. 103.
- ROSNOBLET et PITRES. — Présentation d'un malade porteur de vaste kyste orbitaire de nature indéterminée. *Lyon méd.*, 1924, CXXXIII, p. 190.
- SAINT-YVES. — Traité des maladies des yeux. Paris, 1722, chap. XXI, p. 147.
- SOBBY-BEY et HALIM-ABU-SEIF. — A case of deep dermoïd cyst of the orbit and its ablation. *Bull. ophtalm. Soc. Egypt.*, Le Caire, 1923, p. 150.
- SPENCER-WATSON. — An intra-orbital dermoïd cyst resulting in abscess; the cyst removed subsequently; satisfactory result. *The Lancet*, July, 1872.
- STIEREN. — Dermoïd cyst of orbit. *Ann. Journ. ophtalm.*, Chicago, 1920, p. 440.
- TACHARD. — *Rev. méd. de Toulouse*, 1880, n° 5, p. 147.
- TAVIGNOT. — Maladie des yeux, 1847.
- TESTUT. — Traité d'anatomie humaine, 7^e éd., 1921, t. I, p. 234-240.
- VERNEUIL. — Mémoire sur l'inclusion. *Arch. gén. de méd.*, 1855.
- Kystes prélacrymaux à contenu huileux. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1872, t. III, p. 1.
- VIGNES. — Recueil d'ophtalmologie, 1891.

VIRCHOW. — Eines tiefes auriculäres dermoid des Halses. *Virchow's Archiv.*, 1866, Bd. XXXV, p. 208.

WALTHER. — In MACKENSIE, Traité des tumeurs de l'œil, obs. 271, t. I, p. 466.

WECKER (DE). — Traité complet d'ophtalmologie, t. IV, p. 821.

WECKER (DE) et LANDOLT. — Traité complet d'ophtalmologie, t. IV, p. 826.

